

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2**

**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

[Année de soutenance : 2017]

N°:

**THESE POUR LE  
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 05 Janvier 2017

Par Bertille COPPIN

Né(e) le 30 AVRIL 1991 à Boulogne-sur-Mer, France

**LE METIER D'HYGIENISTE DENTAIRE EN EUROPE.  
ET POURQUOI PAS EN FRANCE ?**

**JURY**

Président :	Monsieur le Professeur Guillaume PENEL
Assesseurs :	Madame le Docteur Céline CATTEAU <u>Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT</u>
	Monsieur le Docteur Philippe DECOCQ
Membre invité :	Monsieur le Docteur Kevimy AGOSSA

# **ACADEMIE DE LILLE**

## **UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2**

~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*

### **FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

**PLACE DE VERDUN**

**59000 LILLE**

~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*~\*

Président de l'Université	:	X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	E. DEVEAUX
Assesseurs	:	Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	L. LECOCQ

\*\*\*\*\*

## **PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.**

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES :**

<b>E. DEVEAUX</b>	Odontologie-Conservatrice – Endodontie Doyen de la Faculté
P. BEHIN	Prothèses
H. BOUTIGNY	Parodontologie
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
<b>E. DELCOURT-DEBRUYNE</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Parodontologie</b>
<b>G. PENEL</b>	Responsable de la Sous-Section des <b>Sciences Biologiques</b>
M.M. ROUSSET	Odontologie Pédiatrique

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

<b>T. BECAVIN</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Odontologie Conservatrice – Endodontie</b>
F. BOSHIN	Parodontologie
<b>E. BOCQUET</b>	Responsable de la Sous-Section d' <b>Orthopédie Dento-Faciale</b>
<b>C. CATTEAU</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale</b>
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice – Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
T.DELCAMBRE	Prothèses
<b>C. DELFOSSE</b>	Responsable de Sous-Section d' <b>Odontologie Pédiatrique</b>
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice – Endodontie
<b>J.M. LANGLOIS</b>	Responsable de la Sous-Section de <b>Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation</b>
C. LEFEBVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin – CHRU Lille
C. OLJNIK	Sciences Biologiques

P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
<b>M. SAVIGNAT</b>	Responsable de la Sous-Section des <b>Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie</b>
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable de la Sous-Section de <b>Prothèses</b>

### ***Réglementation de présentation du mémoire de Thèse***

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

**Aux membres du jury...**

**Monsieur le Professeur Guillaume PENEL**

**Professeur des Universités-Praticien Hospitalier**  
Sous-Section Sciences Biologiques

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Doctorat de l'Université René DESCARTES (Paris V)  
C.E.S d'Odontologie Chirurgicale  
Habilité à Diriger des recherches

Vice-doyen Recherche de la Faculté de Chirurgie Dentaire  
Responsable de la Sous-Section Sciences Biologiques

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la  
présidence de cette thèse, et pour cela  
veuillez recevoir toute ma reconnaissance et  
ma gratitude.*

**Madame le Docteur Céline CATTEAU**

**Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la santé et Odontologie  
Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-Section Prévention et Epidémiologie, Economie de la Santé  
et Odontologie Légale

Docteur de l'Université d'Auvergne – Discipline Odontologie

Master II Recherche « Santé et Populations », Spécialité Evaluation en Santé &  
Recherche Clinique – Université Claude Bernard, Lyon I

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins  
dentaires

Formation certifiante « concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au  
contexte de vie d'un patient »

Secrétaire générale de la Société Française de Gérodontologie

*Je vous remercie d'avoir eu la gentillesse  
d'accepter de juger cette thèse. Au travers de  
ce travail, veuillez trouver l'expression de ma  
gratitude.*

**Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT**

**Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes – Spécialité éthique médicale

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Ethique, Spécialité éthique médicale et bioéthique – Université Paris Descartes

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Santé

Publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier Toulouse III

Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention méthodes d'analyses et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie clinique –

Université Paul Sabatier Toulouse III

Diplôme Universitaire de Recherche Clinique Odontologique – Université Paul Sabatier Toulouse III

*Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance pour votre disponibilité, vos conseils, votre patience et votre investissement dans ce travail. Veuillez croire en mes respectueux remerciements.*



**Monsieur le Docteur Philippe DECOCQ**

**Assistant Hospitalo-Universitaire**

*Sous-Section Orthopédie Dento-Faciale*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Certificat d'Etude Supérieures d'Orthopédie-Dento-Faciale

Master I Recherche Biologie Santé – Neurosciences

Master II Recherche, Spécialité Physiologie, Physiopathologie des maladies humaines

Diplôme Universitaire Croissance Crânio-Faciale et Orthopédie Dento-Maxillo-Faciale – PARIS V

Consultant au CNRS de Neurosciences Fonctionnelles et Pathologies

*Vous avez accepté avec spontanéité de faire partie de mon jury et je vous en remercie. Au travers de ce travail, veuillez trouver l'expression de ma gratitude.*

**Monsieur le Docteur Kevimy AGOSSA**

**Maîtrise de Conférences des Universités (Associé) – Praticien Hospitalier des CSERD**

*Sous-Section Parodontologie*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master II « évaluation médico-économique et recherche clinique »

CES de Parodontologie

Attestation d'Etudes Approfondies en Odontologie

Ancien Assistant des Hospices Civils de Lyon

Ancien Interne en Odontologie

Lauréat de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

*Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie des membres de mon jury. Au travers de ce travail, veuillez trouver l'expression de ma gratitude.*



# Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>Problématique</b>	<b>16</b>
2.1	La prévention en France : un besoin en santé orale	16
2.1.1	Objectifs et définitions de la prévention	16
2.1.2	Les principales mesures de prévention en matière de santé orale en France	17
2.1.2.1	Programme destiné aux 6-18 ans	17
2.1.2.2	Programme destiné aux futures mamans	18
2.1.2.3	Actions conduites par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire	18
2.1.2.3.1	Destinées aux jeunes enfants	19
2.1.2.3.2	Destinées aux enfants et adolescents	19
2.1.2.3.3	Destinées aux personnes âgées	20
2.1.2.3.4	Destinées aux populations à risque	20
2.1.2.3.5	Destinées aux personnes en situation de handicap	20
2.1.2.3.6	Destinées aux salariés	20
2.1.2.3.7	Les perspectives	21
2.1.2.4	Actions conduites au sein des collectivités territoriales	21
2.1.2.5	Actions conduites au sein des Facultés de chirurgie dentaire	22
2.1.2.6	Actions développées par les groupes industriels	24
2.1.3	Le constat en matière de santé orale	25
2.1.3.1	De réels progrès	25
2.1.3.2	Des inégalités persistent	26
2.1.3.3	Un système de santé orienté vers le curatif	30
2.2	Quelles mesures de prévention bucco-dentaire dans le monde ? Quelques exemples	31
2.2.1	La Suède	31
2.2.2	L'Australie	32
2.2.3	La Suisse	32
2.2.4	Les Etats-Unis	33
2.2.5	Le Japon	35
<b>3</b>	<b>Les hygiénistes dentaires</b>	<b>36</b>
3.1	Définitions	36
3.2	Historique	37
3.3	Zoom sur les hygiénistes dans l'Union Européenne	38
3.3.1	Objectif	38
3.3.2	Méthode de recueil d'information	38
3.3.3	Résultats	39
3.3.3.1	La formation	39
3.3.3.2	L'environnement professionnel	43
3.3.3.3	Les actes autorisés	46
3.3.4	Discussion	48
3.3.4.1	Limites	48
3.3.4.2	Discussion des résultats	49
<b>4</b>	<b>Vers la création du métier d'hygiéniste dentaire en France ? Analyse de textes écrits</b>	<b>51</b>
4.1	Objectif	51

4.2	Méthode.....	52
4.2.1	Critères de sélection des textes .....	52
4.2.2	Conduite d'étude .....	53
4.2.3	Analyse de données.....	54
4.3	Résultats.....	54
4.3.1	Présentation des données collectées.....	54
4.3.2	Résultats de l'analyse de contenu.....	56
4.4	Discussion .....	60
4.4.1	Intérêts et limites .....	60
4.4.2	Discussion des résultats.....	60
<b>5</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>64</b>
	<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>66</b>
	<b>Annexes .....</b>	<b>71</b>
	Annexe 1 : Adresses des liens internet des pays de l'Union Européenne ayant autorisé l'activité d'hygiéniste dentaire.....	71
	Annexe 2 : Textes sélectionnés ayant fait l'objet d'une analyse de contenu classés selon les différents membres de professionnels dans le domaine de la santé bucco-dentaire numérotés de 1 à 24.....	73

# 1 Introduction

La majorité des pathologies bucco-dentaires sont étroitement associées aux habitudes de vie, ce qui implique que l'amélioration de la santé orale des individus passe par un travail sur l'adoption et/ou le maintien de comportements davantage favorables à celle-ci. Il est donc important dès le plus jeune âge et tout au long de la vie d'intervenir sur ces habitudes défavorables, de promouvoir et soutenir ces changements de comportements afin de permettre au plus grand nombre, de préserver sa santé orale contribuant ainsi à la santé générale et à la qualité de vie des personnes.

A travers le monde, de nombreux pays ont cherché à promouvoir la santé orale par la prévention des pathologies orales en développant différentes stratégies dont notamment la création d'un nouveau corps professionnel : les hygiénistes dentaires.

Il s'agit de l'une des professions annexes au chirurgien-dentiste, elle est relativement récente en Europe puisqu'elle a commencé à se développer dans les années 1920 en Norvège. Le rôle de ces professionnels est primordial en matière de prévention et d'éducation thérapeutique à la santé orale auprès de toutes les populations. Ils sont également autorisés, selon les pays, à réaliser certains actes techniques plus ou moins complexes.

Si la formation et l'exercice de la profession de chirurgien-dentiste se sont plus ou moins harmonisés au sein de l'Union Européenne, on peut se demander ce qu'il en est des hygiénistes dentaires ?

La France fait partie des 5 pays qui, pour le moment, n'autorisent pas l'exercice de cette profession sur leur territoire. Néanmoins depuis l'inscription le 26 janvier 2016 des assistants dentaires au Code de la Santé Publique (1), les discussions grandissent autour d'une délégation de certaines tâches des chirurgiens-dentistes aux assistants dentaires, dont notamment celles actuellement dévolues aux hygiénistes dentaires dans les autres pays.

L'objectif de ce travail est de faire le point sur la profession d'hygiéniste dentaire dans l'Union Européenne puis de rapporter les différents points de vue sur la situation actuelle en France.

Dans une première partie, les principales mesures de prévention qui existent en France ainsi que les constats que l'on peut en tirer sont évoqués. Sont également

présentées quelques mesures de prévention en santé orale existantes dans le monde.

Dans une seconde partie, une synthèse des données disponibles sur la formation, l'environnement professionnel et les actes autorisés dans les différents pays de l'Union Européenne concernant les hygiénistes dentaires est rapportée.

Enfin dans une troisième partie, les résultats d'une analyse de contenu par thématique, réalisée à partir de textes écrits entre 2014 et 2016 sur la question des hygiénistes dentaires par différents professionnels dans le domaine de la santé bucco-dentaire (instances ordinales, instances syndicales et auteurs dans différentes revues professionnelles) sont rapportés.

## 2 Problématique

### 2.1 La prévention en France : un besoin en santé orale

#### 2.1.1 Objectifs et définitions de la prévention

La prévention est classiquement définie selon 3 temps dans une approche centrée sur la pathologie développée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1948 (2):

##### La prévention primaire :

C'est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme.

##### La prévention secondaire :

C'est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour révéler l'atteinte, afin de prévenir l'aggravation de la maladie par des soins précoces.

##### La prévention tertiaire :

C'est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour éviter les rechutes, les complications ou les séquelles.

Cette définition établie pour des pathologies aiguës est peu adaptée aux maladies chroniques dont les étiologies sont multifactorielles et où les comportements jouent un rôle majeur (comme cela peut être le cas dans la prévention de la maladie carieuse ou parodontale).

En 1982, RS Gordon a établi une classification plus actuelle de la prévention basée sur la population, et non plus sur le stade de la maladie (3). Ne mettant pas encore en avant la participation du sujet, une classification dérivée a été proposée (2) :

##### La prévention universelle :

Elle est destinée à l'ensemble de la population, quelque soit son état de santé.

##### La prévention orientée :

Elle s'exerce en direction de sous-groupes de la population en fonction de risques



particuliers auxquels ils sont susceptibles d'être exposés.

#### La prévention ciblée :

Elle est non seulement fonction de sous-groupes de la population, mais aussi et surtout, fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette partie bien identifiée de la population.

En 2003, San Marco a donné une classification des mesures de prévention selon la participation active ou passive de la population cible (4).

#### La prévention active universelle :

C'est l'éducation pour la santé.

#### La prévention active ciblée :

C'est l'éducation thérapeutique.

Selon les différentes mesures de prévention en santé orale mises en place, celles-ci peuvent parfois être facilement classées dans un type de prévention ou un autre mais d'autres combinent plusieurs types (par exemple : le programme « M'T DENTS » ci-après développé serait un programme de prévention ciblée sur certains groupes d'âge d'enfants à risque de pathologies orales, au sein duquel, dans le cadre du colloque singulier entre chaque praticien et patient, et compte tenu des risques et des pathologies spécifiques de l'enfant, pourrait être une action plutôt d'éducation individuelle/ personnalisée à la santé voire d'éducation thérapeutique).

## **2.1.2 Les principales mesures de prévention en matière de santé orale en France**

### ***2.1.2.1 Programme destiné aux 6-18 ans***

Sur le plan de la prévention bucco-dentaire à l'échelle nationale, il existe un programme majeur : « M'T DENTS » mis en place en 2007. Il vise plus particulièrement à développer la prévention individuelle et les soins précoces chez les enfants et les adolescents (5).

Comment est-il organisé?

Ce programme est destiné aux enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans qui bénéficient d'une visite chez le chirurgien-dentiste financée par l'Assurance Maladie avec dispense d'avance de frais (5).

A chaque âge clef, l'enfant reçoit environ 1 mois avant sa date d'anniversaire, un courrier d'invitation pour une consultation chez le chirurgien-dentiste de son choix. Il est valable 6 mois.

Lors de cette consultation, le praticien conduit un examen bucco-dentaire complet et, si besoin, des radiographies pour compléter cet examen. Il consacre également du temps avec le patient et ses proches au développement de comportements en matière d'hygiène orale et alimentaire compatibles avec la santé orale.

Si des soins sont nécessaires, ils sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, hormis les soins d'orthodontie et de prothèse. Ils doivent être effectués dans les 9 mois qui suivent la consultation, et pour les enfants âgés de 6 et 12 ans, une dispense d'avance de frais est prévue.

#### ***2.1.2.2 Programme destiné aux futures mamans***

Il existe également un examen de prévention bucco-dentaire destiné à l'ensemble des femmes enceintes mis en place depuis 2013 par l'Assurance Maladie.

C'est une consultation financée directement par l'Assurance Maladie avec dispense d'avance de frais que la femme enceinte peut réaliser entre le 4<sup>ème</sup> mois de grossesse et jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après l'accouchement. Le chirurgien-dentiste conduit un examen bucco-dentaire complet et apporte des conseils spécifiques destinés à la femme enceinte comme au futur enfant (6).

#### ***2.1.2.3 Actions conduites par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire***

L'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD), « est une association professionnelle dont l'objet est de susciter, d'animer et de coordonner tous les efforts entrepris en faveur de la santé bucco-dentaire en France » (7).

Cette association a pour but de promouvoir la prévention et propose de « mettre en

place un parcours de santé coordonné pour l'ensemble de la population française quelque soit l'âge, la situation de santé globale et la situation économique, comprenant des examens de prévention et des bilans bucco-dentaires réguliers. L'objectif est également de développer une prise en charge de tous les actes de prévention, y compris ceux relevant de l'éducation à la santé » (8).

L'UFSBD a mis en place différents plans d'action visant à améliorer la santé bucco-dentaire d'une large partie de la population dont notamment des actions :

#### **2.1.2.3.1 Destinées aux jeunes enfants**

L'UFSBD en association avec Harmonie Mutuelle a lancé un programme de prévention avec trois examens gratuits pour les enfants âgés de 6 mois, 2 ans et 3 ans couverts par cette mutuelle (9).

Ces rendez-vous ont pour but de responsabiliser les parents sur l'hygiène bucco-dentaire de leurs enfants, d'analyser les risques et les besoins spécifiques propres à chacun, mais aussi d'établir une relation de confiance le plus tôt possible entre le praticien, l'enfant et ses parents.

Le 1<sup>er</sup> examen commence le plus souvent avec un des parents pour évaluer le risque carieux de l'enfant. Chaque visite est l'occasion de rappeler les comportements adaptés en matière d'hygiène bucco-dentaire et d'alimentation.

Des actions de sensibilisation ont aussi été mises en place dans certaines crèches de France auprès des parents et du personnel éducatif (9).

Ces programmes sont particulièrement importants à maintenir et à développer, tant l'on connaît l'importance d'un dépistage précoce notamment des troubles de mastication, phonation, déglutition, respiration ainsi que la mise en place précoce de comportements adaptés pour l'évolution de l'enfant.

#### **2.1.2.3.2 Destinées aux enfants et adolescents**

En complément du programme « M'T DENTS », l'UFSBD a mis en place des campagnes de prévention dans certains établissements scolaires en France. L'objectif est de sensibiliser les élèves sur l'hygiène bucco-dentaire et l'importance de se rendre aux consultations de prévention proposées par l'Assurance Maladie.

À titre d'exemple, entre 2012 et 2013, 5123 écoles et collèges ont pu bénéficier de

ce programme (10,11).

#### **2.1.2.3.3 Destinées aux personnes âgées**

L'objectif général est de donner au personnel soignant, les moyens pour améliorer l'accès à l'hygiène et à la santé bucco-dentaire des personnes dépendantes, améliorant leurs connaissances dans ce domaine.

L'UFSBD est intervenue dans 500 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) afin de délivrer une formation à la fois théorique et pratique visant à établir un protocole d'hygiène pour les résidents.

Des campagnes de sensibilisation ont également lieu à destination des personnes autonomes et de leur famille (12).

#### **2.1.2.3.4 Destinées aux populations à risque**

Pour permettre le dépistage précoce des cancers des voies aéro-digestives supérieures, une sensibilisation dans ce domaine des chirurgiens-dentistes ainsi que du personnel des centres d'addiction, notamment des centres de lutte contre l'alcoolisme (13).

Des interventions sont prévues pour les populations en situation de précarité, afin de promouvoir l'hygiène et la santé bucco-dentaire dans les centres d'hébergements (13).

#### **2.1.2.3.5 Destinées aux personnes en situation de handicap**

Comme pour les personnes âgées, le but est d'inclure dans la prise en charge globale de la santé de la personne en situation de handicap, l'hygiène et la santé bucco-dentaire.

Des formations sont notamment proposées au personnel soignant ainsi qu'aux résidents en établissement et leur famille (14).

#### **2.1.2.3.6 Destinées aux salariés**

L'objectif est de rappeler aux salariés les comportements favorables à leur santé bucco-dentaire personnelle mais aussi à celle de leur famille. Dans certaines entreprises, on trouve des ateliers, distributions de kit de brossage, dépistages...

À titre d'exemple il existe depuis 2 ans un partenariat entre l'UFSBD et la Confédération Nationale de la Boulangerie-Pâtisserie Française (15). Des actions de

sensibilisation et de dépistage sont menées dans les centres de formation d'apprentis pour délivrer des messages clefs dans une profession à risque de pathologies bucco-dentaires. Des études épidémiologiques sont en cours afin d'évaluer l'impact de ces mesures. Néanmoins il a déjà été constaté une évolution favorable des comportements entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> année (15).

#### **2.1.2.3.7 Les perspectives**

L'UFSBD met en place un nouveau plan d'action contre ce qu'elle appelle le nouveau « mal du siècle » : les maladies parodontales.

En effet, encore beaucoup de personnes ignorent leur état parodontal mais ignorent aussi les relations entre ces maladies et la santé générale (8).

Selon une étude réalisée en 2007 « Connaissances et pratiques en terme de santé bucco-dentaire chez les personnes diabétiques de type 2 » près de 70% des personnes ignorent les liens entre le diabète et la santé bucco-dentaire, plus de 40 % n'ont pas informé leur chirurgien-dentiste sur leur statut de diabétique (16).

#### **2.1.2.4 Actions conduites au sein des collectivités territoriales**

Plusieurs collectivités ont développé une politique de prévention bucco-dentaire, c'est le cas du Val-de-Marne par exemple.

Depuis les années 1990, la Mission bucco-dentaire aujourd'hui appelée le Service de santé publique dentaire, s'est lancé le défi de sensibiliser chaque enfant depuis la naissance jusqu'à ses 18 ans ainsi que son entourage aux comportements favorables à la santé bucco-dentaire. Des actions ont notamment lieu au sein des crèches, des centres de Protection Maternelle Infantile pour sensibiliser les professionnels investis dans la petite enfance, les enfants et leurs parents. En parallèle, le service mène des actions au sein des écoles primaires et collèges. L'intérêt d'intervenir en milieu scolaire est de pouvoir informer l'ensemble des enfants scolarisés de manière égalitaire. Des partenariats se sont mis en place, tout d'abord en 1993 avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) puis en 1996 avec l'inspection académique, dans le but de développer la prévention primaire déjà existante avec la mise en place d'un programme de prévention secondaire.

Dans le département, les infirmières scolaires bénéficient également d'une formation à la santé bucco-dentaire initiale. Elles effectuent de manière systématique des examens bucco-dentaires des élèves de maternelle, de CM2 et de 5<sup>ème</sup>. Après avoir

réalisé le bilan, si l'enfant a besoin d'une consultation chez le chirurgien-dentiste, elles transmettent à la famille un document qui décrit les problèmes relevés et les recommandations à suivre. Les infirmières s'assurent également que les enfants puissent accéder aux soins.

En plus de ces dépistages les enfants bénéficient d'animations en classe afin de promouvoir l'éducation à la santé bucco-dentaire.

Depuis 2011, les enfants de ce département se rendant aux visites des 6, 9, 12, 15 et 18 ans du programme « M'T DENTS » bénéficient de la dispense d'avance de frais pour les soins nécessaires quelque soit leur âge (17).

D'après le Conseil Départemental du Val-de-Marne selon des données de 2009, 79% des enfants âgés de 6 ans de ce département n'ont jamais eu de carie contre 63% en moyenne au niveau national (18).

#### ***2.1.2.5 Actions conduites au sein des Facultés de chirurgie dentaire***

La Faculté de chirurgie dentaire de l'Université Paris-Descartes a mis en place un stage pour ses étudiants en fin de cursus au sein d'institutions accueillant des personnes âgées depuis 1995 (19). Les futurs chirurgiens-dentistes sont ainsi amenés à :

- Réaliser un examen clinique des résidents ;
- Etablir un bilan bucco-dentaire qui restera dans le dossier médical des résidents ;
- Orienter, si besoin, les résidents vers des Services d'odontologie du secteur ;
- Dans la mesure du possible réaliser des soins d'urgence ou d'hygiène si nécessaire ;
- Sensibiliser le personnel soignant et les familles à l'hygiène bucco-dentaire.

Seize stages ont eu lieu entre octobre 2011 et juin 2012 dans 16 sites d'accueil différents (en soins de suite et réadaptation, en unités de soins de longue durée et en EHPAD). Au cours de cette période 1 386 patients ont été examinés.

Les étudiants disposaient de plateaux d'examen jetables, de gants, de masques et d'une lampe de poche. Pour les soins de prophylaxie du matériel était à leur disposition et ils avaient l'autorisation de réaliser des prescriptions. Trois groupes de

stagiaires avaient également à leur disposition des fluorations topiques et un groupe disposait d'une mallette dentaire de premiers soins (19).

Au cours des visites dentaires certaines difficultés ont néanmoins été rencontrées liées :

- Au matériel :
  - o Une absence de fauteuil modulable ;
  - o Les familles qui ne fournissent pas toujours de dentifrice ou de brosse à dents ;
  - o L'absence d'unité mobile sur certains sites afin que les étudiants puissent réaliser des soins.
- Aux patients :
  - o Certaines pathologies rendant la compréhension et la coopération parfois difficiles ;
  - o Les difficultés de mobilité de certains patients qui les rend dépendants des brancardiers et des ambulances dans le cas où les soins ont lieu en dehors de l'établissement ;
  - o Le moment de la visite pouvant être plus ou moins adapté ;
  - o Le coût des soins.
- Au personnel :
  - o Le manque de chirurgiens-dentistes au sein des établissements ;
  - o Le faible respect ou l'absence des protocoles d'hygiène dentaire par le personnel soignant pour différentes raisons.

Plusieurs idées d'amélioration ont été proposées, dont notamment une formation et une sensibilisation du personnel soignant à l'hygiène bucco-dentaire. Dès l'arrivée d'un patient en institution, il est proposé de (19):

1/ Vérifier s'il :

- Porte un appareil dentaire ;
- Dispose d'une brosse à dents ainsi qu'un dentifrice ;

2/ Puis d'utiliser un système de gommettes à l'entrée des salles de bain pour adapter le protocole d'hygiène bucco-dentaire au cas du patient ;

3/ Afficher un planning des visites des chirurgiens-dentistes pour palier les absences ;

4/ Enfin, généraliser la distribution de plaquettes d'information aux familles.

En mettant en place ce programme, la Faculté de chirurgie dentaire de l'Université Paris Descartes vise un double objectif. Le premier, intervenir auprès d'une population souvent écartée des systèmes de prévention et de soins bucco-dentaires. Le deuxième, développer une action pédagogique auprès des étudiants, leur permettant de s'intégrer à une équipe pluridisciplinaire, d'être confrontés à un type de patient qu'ils n'ont pas ou peu eu l'habitude de rencontrer dans leur pratique clinique, mais également de mettre en avant le fait que certains actes de prévention ou de soins sont réalisables au cabinet dentaire sur ces patients et ainsi les soulager.

D'autres Facultés ont mis en place des actions au sein d'établissements accueillant des personnes âgées et/ou en situation de handicap, notamment la Faculté de chirurgie dentaire de Lille. Ces stages de santé publique concourent au mieux vivre des patients et à éveiller l'intérêt des étudiants, futurs professionnels de santé mettant en avant une démarche humaine et sociale plutôt que technique.

#### **2.1.2.6 Actions développées par les groupes industriels**

Différents groupes industriels se sont investis dans la promotion de la santé bucco-dentaire.

Par exemple, *Signal* propose depuis dix ans, un kit pédagogique : *Signaline* pour aider les enfants et les parents à adopter des habitudes adaptées d'hygiène bucco-dentaire. Ce kit contient :

- Un livret enseignant ;
- Un livret enfant ;
- Un dépliant destiné aux parents ;
- Un poster pour la classe ;
- Un dvd ;
- Et des échantillons de dentifrice.

Le kit est distribué gratuitement sur commande aux établissements scolaires pour les élèves de CP. Il est aussi possible de télécharger plusieurs de ces documents sur le site internet [www.missionsignal.fr](http://www.missionsignal.fr) (10,20). Ce kit, présent dans 15 pays, s'inscrit dans la « Mission Signal » qui a reçu l'approbation de la Fédération Dentaire Internationale (FDI) (20).

De son côté, le groupe *Colgate* s'engage également en faveur de l'hygiène bucco-dentaire en proposant gratuitement sur commande aux instituteurs des écoles



élémentaires le programme scolaire *Dr Quenotte* constitué de supports ludiques et variés destinés à la fois aux élèves, aux enseignants et aux parents. L'idée est de responsabiliser l'enfant sur son hygiène bucco-dentaire en lui apprenant les comportements adaptés en matière d'hygiène et d'alimentation, les liens entre la santé orale et l'état de santé général ainsi que l'importance de consulter un chirurgien-dentiste tous les ans (10). Il est également possible de télécharger divers documents sur le site internet [www.colgate.fr](http://www.colgate.fr) (21) :

- Un guide pédagogique ;
- Un livre d'histoires ;
- Des feuilles d'exercice ;
- Un poster ;
- Un livret destiné aux parents ;
- Un film éducatif.

### **2.1.3 Le constat en matière de santé orale**

#### ***2.1.3.1 De réels progrès***

Ces dernières années il y a eu de réels progrès en matière de santé bucco-dentaire en France.

Depuis les années 80, la santé bucco-dentaire s'est améliorée, en particulier chez les enfants.

*L'indice CAOD est un des indicateurs permettant de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire le plus couramment utilisé au niveau international. Cet indice correspond à la moyenne du nombre total de dents cariées (C), absentes pour cause de caries (A), obturées définitivement (O) d'une population donnée, rapportée au nombre de personnes examinées.*

L'indice CAOD est passé de 4,2 en 1987 à 1,23 en 2006 chez les enfants âgés de 12 ans. Au cours de la même période la proportion d'enfants indemnes de caries est passé de 12% à 56% (22).

Depuis la création de « M'T DENTS », le gouvernement a constaté un recul de l'indice carieux quelque soit l'âge, c'est pourquoi un amendement propose d'inscrire ce programme au Code de la Santé Publique en l'étendant aux 21 ans et 24 ans (23).

Concernant les adultes, peu de données sont néanmoins disponibles en France. Quelques études existent dont une analyse rétrospective des données médicales des centres d'examen de santé en France métropolitaine et en Guadeloupe de 1999 à 2003 publiée par Dupré *et al.* en 2005 (24). Elle concerne 384 530 adultes âgés de 35 à 44 ans qui ont consulté dans ces centres d'examen. Les résultats retrouvent un indice CAOD moyen de 13,5 chez les hommes et 15,5 chez les femmes (24). Le jour de l'examen environ 33% des personnes consultant présentent au moins une carie à traiter (24).

L'étude « Santé dentaire et facteurs associés dans un service de santé au travail du Nord » compte un échantillon de 420 sujets constitué entre mai et juillet 2006 dont l'âge moyen est de 34,6 ans ( $\pm 10,4$ ). Dans cette enquête, l'indice CAOD moyen est de 8,9 ( $\pm 6,5$ ) avec en moyenne par sujet 1,3 ( $\pm 2,8$ ) dents cariées, 2,6 ( $\pm 4,6$ ) dents absentes et 4,9 ( $\pm 4$ ) dents obturées (25). Concernant la tranche d'âge des 35-44 ans le CAOD moyen est de 11,4 ( $\pm 6,3$ ) (25).

D'autre part, même si l'indice CAOD a été l'indicateur le plus souvent utilisé et reste encore aujourd'hui classiquement utilisé, il ne permet pas à lui seul de mesurer de façon complètement satisfaisante l'état de santé bucco-dentaire d'une population (notamment pour ce qui concerne la santé parodontale). Il reste également difficile à l'heure actuelle de faire le lien, à l'échelle d'une population, entre l'évolution de l'état de santé bucco-dentaire et les mesures de prévention mises en place.

### **2.1.3.2 Des inégalités persistent**

Malheureusement des inégalités persistent en rapport avec différentes difficultés notamment :

➤ *Socio-économiques :*

En matière de santé orale des enfants, tous les enfants ne bénéficient pas de cette amélioration des indicateurs ou pas de la même amélioration. Si l'on analyse séparément les indices carieux des enfants de 12 ans d'ouvriers et de cadres, l'absence de caries est respectivement de 50% et de 67% (22).

En 2007, l'Assurance Maladie a mis en place le programme « M'T DENTS » pour tenter de réduire ces inégalités. Pour autant d'après les données de l'enquête Santé

et Protection Sociale de 2010, seulement 75%, 70% et 40% des enfants âgés respectivement de 6, 9 et 15 ans ont bénéficié de ce programme (22).

Si l'on prend en compte la catégorie socio-professionnelle chez les enfants âgés de 6 ans, 82% des enfants de cadres se sont rendus à la visite contre 71% des enfants d'ouvriers et 64% des enfants d'employés (22).

De plus, les enfants âgés de 5 à 15 ans dont les parents bénéficient de la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMU-C), sont 60% à avoir consulté un chirurgien-dentiste, alors que la moyenne nationale est de 70% (22). Ce dispositif qui prévoit la prise en charge totale et la dispense d'avance de frais ne suffirait donc pas à garantir un recours aux soins pour tous. Il est donc impératif de cibler par des moyens adaptés ces personnes (22).

Dupré *et al.* retrouvent également un indice CAOD moyen plus élevé chez les adultes artisans, commerçants suivi des ouvriers. Le jour de l'examen, si 33% des sujets présentent au moins une carie à traiter, ce taux est augmenté de 10% chez les personnes précaires (24).

D'après les résultats de l'étude menée dans le Douaisis, 7% des sujets évoquent un renoncement aux soins pour raisons financières (25). La fréquence des personnes présentant un haut degré d'atteinte carieuse (c'est à dire ici un CAOD supérieur à 10) est de 64,7% chez les ouvriers, 30,9% chez les employés et 0% chez les cadres et professions intellectuelles supérieures (25).

➤ *Géographiques :*

L'accès aux soins varie également en fonction du territoire. La moyenne nationale d'enfants ayant consulté un chirurgien-dentiste est de 70% alors que dans les départements d'outre-mer elle est de 46%. Ce recours plus faible s'expliquerait en partie par une densité plus faible de professionnels (16).

➤ *Liées à une situation de handicap :*

Par rapport à la moyenne nationale (70%), seuls 59% des enfants déclarant un handicap ont consulté un chirurgien-dentiste dans l'année (17).

L'étude « L'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap dans l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM) » compte un échantillon de 29 931

personnes âgées de 20 à 59 ans. Elle met en évidence un différentiel significatif d'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap par rapport aux autres personnes. Le recours aux soins est diminué de 7 points pour les personnes souffrant d'au moins une limitation motrice par rapport aux autres personnes et de 5 points pour les personnes souffrant de limitations cognitives (26).

➤ *Liées à l'âge :*

En France, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent près d'un tiers de la population (12). Fin 2007, 10% des plus de 75 ans et 24% des plus de 85 ans vivaient en EHPAD (12). Parmi ces résidents, 80% n'ont pas eu de consultation bucco-dentaire depuis 5 ans alors que 85% avaient été identifiés comme en ayant besoin, 40% avaient au moins une dent cariée et au moins une dent douloureuse à extraire (12).

Pirnay *et al.* dans leur étude « Soins dentaires aux personnes âgées et dépendantes » mentionnent que ces personnes ne fréquentent que très peu les cabinets dentaires, peu se plaignent de douleurs liées à l'état buccal ou au port d'une prothèse mal adaptée. Parmi les raisons pouvant expliquer ce faible recours, les auteurs relèvent le manque de chirurgiens-dentistes malgré la demande importante, le manque de sensibilisation des aides-soignants à l'hygiène bucco-dentaire, une priorité accordée aux soins généraux plutôt qu'aux soins bucco-dentaires, le coût financier que les soins dentaires peuvent représenter, cela associé à un hébergement en institution onéreux et une faible retraite (19).

➤ *Liées aux maladies parodontales :*

Selon les données de la littérature à l'échelle européenne, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANES) rapportait en 2002 que plus de 80% des adultes et 50% des adolescents âgés de 15 ans étaient atteints de gingivite (27). Le constat est d'autant plus inquiétant dès lors que l'on connaît les interactions entre la santé bucco-dentaire et l'état de santé général. A titre d'exemple, un patient atteint de parodontite aurait un risque accru d'atteinte cardiovasculaire (28).

➤ *Liées à l'évolution de l'investissement des pouvoirs publics :*

D'autres événements font planer des doutes sur le maintien voire l'amélioration des résultats liés aux différents programmes de prévention. Parmi les récents événements, on peut évoquer la diminution du budget alloué à la sensibilisation à la santé bucco-dentaire en milieu scolaire. En effet, le dispositif « M'T DENTS », programme de prévention personnalisée et individuelle en cabinet dentaire, était associé à une sensibilisation collective en milieu scolaire jusqu'en 2014. Malheureusement, l'État a décidé de supprimer son financement pour la période 2014-2017. Pourtant son efficacité n'était plus à démontrer. D'après un rapport de l'UFSBD de 2014, « l'intervention en milieu scolaire prouve, depuis plusieurs années, sa pertinence pour atteindre la population ciblée, puisque 96 % des enfants dans les classes visitées ont assisté aux séances de sensibilisation. La participation des encadrants est également très importante, puisque, au-delà de la séance collective, 84 % des enseignants y acquièrent les outils nécessaires pour réaliser des actions relais autour de la thématique bucco-dentaire tout au long de l'année scolaire, principalement sous forme d'ateliers et leçons de sciences. Le prolongement de l'action dans la sphère familiale est également significatif : 92 % des enfants en parlent avec leurs parents, et les parents interrogés déclarent que leur enfant est plus attentif à son hygiène bucco-dentaire après la séance de sensibilisation collective à l'école » (29).

Malgré les résultats encourageants de cette campagne, désormais, seuls 20 000 enfants scolarisés dans des zones défavorisées, peuvent bénéficier de cette prévention collective, contre 250 000 enfants auparavant (29).

Ce choix politique est de plus en total désaccord avec la nouvelle loi de Santé Publique qui souhaite mettre en avant la prévention et la promotion de la santé en milieu scolaire (30).

Nous avons pu voir précédemment que le système de santé français présentait des limites, notamment quant aux mesures de prévention bucco-dentaire. Les chiffres restent, encore aujourd'hui, préoccupants pour une partie de la population qui n'accède pas aux soins, que ce soit par manque de connaissance, par des représentations défavorables à la santé orale, par isolement ou pour des raisons économiques notamment.

### **2.1.3.3 Un système de santé orienté vers le curatif**

Actuellement la France dispose davantage d'un système de soins plus que de santé, autrement dit un système orienté vers le versant curatif plutôt que vers le versant préventif.

Le programme actuel de prévention national repose principalement sur une prévention secondaire destinée aux enfants et adolescents par le biais de l'examen bucco-dentaire auprès d'un chirurgien-dentiste pour les 6, 9, 12, 15 et 18 ans (31).

Une prévention primaire devrait être majoritairement développée et nécessiterait d'être adaptée selon les types de populations, les risques, les problèmes spécifiques, au moyen d'interventions individuelles et collectives.

Les pratiques individuelles reposent sur les habitudes personnelles d'hygiène bucco-dentaire et alimentaire ainsi que sur les actes de prophylaxie individualisés réalisés par les chirurgiens-dentistes. Les programmes collectifs peuvent être de deux ordres, mise en œuvre collective de stratégies individuelles de prévention et mise en place de stratégie de supplémentation, dites « passives » comme l'utilisation de sel fluoré dans la restauration (31).

Il pourrait être intéressant face à une population hétérogène mais également face à des problèmes bucco-dentaires en constante évolution (caries, abrasions, érosions, maladies parodontales etc.) de développer un système « adaptatif » qui répondrait au mieux aux besoins et aux attentes de chaque individu.

Il existe un manque de reconnaissance de la prévention en France, qui n'est généralement pas reconnue comme un « acte médical » à proprement parler.

L'Académie Nationale de médecine, dans son rapport : « Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ? » mentionnait en 2002 l'importance de mettre en place des réformes dans ce domaine (32). La prévention doit être « professionnalisée, organisée et rémunérée », pour permettre aux professionnels de santé de bénéficier de formations et mais aussi du temps nécessaire pour s'y consacrer.

En ce qui concerne les produits utilisés en prévention bucco-dentaire, seuls le gel fluoré fortement concentré à 20 000 ppm par prescription du chirurgien-dentiste et le scellement de sillons (sous réserve de remplir les conditions prévues) sont

remboursés par l'Assurance Maladie. Pour ce dernier, il concerne la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> molaire permanente des enfants de moins de 14 ans et n'est pris en charge qu'une seule fois. La pose de vernis fluoré est quant à elle exempte de remboursement (31).

En France, la promotion de la santé bucco-dentaire devrait s'élargir. Seule une volonté politique pourrait permettre de soutenir des changements en matière de prévention en santé, tant les enjeux socio-économiques sont importants.

D'autres pays ont mis en place différentes mesures qu'elles soient individuelles ou collectives. La France pourrait s'inspirer de certaines de ces mesures pour développer sa propre politique de prévention.

## ***2.2 Quelles mesures de prévention bucco-dentaire dans le monde ? Quelques exemples***

Sont brièvement rapportés dans le paragraphe ci-après, quelques exemples de programmes de prévention conduits à travers le monde qui ont montré une certaine efficacité.

### **2.2.1 La Suède**

Le pays mène une politique de prévention de façon très active depuis 1945. Chaque enfant, entre 3 et 19 ans, doit se rendre tous les 2 ans chez le chirurgien-dentiste. Si les parents ne réalisent pas cette visite obligatoire, ils sont soumis à une amende (33).

A titre d'exemple dans la ville de Värmland, là où la prévalence de la maladie carieuse était la plus élevée de Suède, un programme de prévention a été mis en place dès 1979. Il concerne les enfants dès leur naissance jusqu'à l'âge de 19 ans. Un nettoyage prophylactique ainsi qu'une application de vernis fluorés à des intervalles réguliers, en fonction du risque, sont réalisés par des professionnels. L'indice carieux a considérablement diminué dans tous les groupes d'âges (34). Le nombre de faces cariées ou obturées est passé de 6 à 0,3 et de 23 à 2, pour les enfants âgés de 12 et 19 ans, respectivement (34). Une autre étude réalisée à Värmland, sur une période de 15 ans, sur les personnes âgées de 65 à 85 ans, a montré que 0,2 dents ont été perdues en moyenne et seulement moins d'une carie s'est développée (34).

### **2.2.2 L'Australie**

En Australie occidentale dans les années 60, face au taux important de caries, il a été proposé d'instaurer la fluoration de l'eau, la création des professions de thérapeute pour le milieu scolaire et d'hygiéniste pour les cabinets privés.

Un programme d'éducation à la santé bucco-dentaire en milieu scolaire pour les enfants a été mis en place (35). Il est fréquenté par 90% des élèves de primaire et 65% des adolescents, 275 000 enfants de 5 à 17 ans y ont accès (35). Il est basé sur le volontariat, certains parents préférant que leurs enfants consultent dans des cabinets dentaires privés. Ce programme dispose de cliniques fixes et mobiles. Les enfants bénéficient d'un examen à leur entrée à l'école, puis tous les 3 ou 4 ans. Les thérapeutes mènent des actions de prévention en classe et conduisent un examen bucco-dentaire individuel. Ils peuvent réaliser des soins peu invasifs, et si nécessaire un chirurgien-dentiste surveillant est disponible. Pour des soins plus importants ou compliqués, les élèves sont adressés à un chirurgien-dentiste dans un cabinet dentaire. L'indice CAOD des enfants âgées de 8 ans est passé de 1,3 en 1977 à 0,4 en 2001, celui des enfants de 12 ans pour les mêmes années est passé de 3,9 à 0,9 (35).

Dans le sud de l'Australie, face aux besoins dans les institutions où résident des personnes dépendantes, la législation concernant les hygiénistes dentaires a été modifiée. Ils ont désormais le droit de réaliser certains soins simples, seuls, en respectant le plan de traitement établi par le chirurgien-dentiste (36).

### **2.2.3 La Suisse**

En Suisse, des hygiénistes dentaires interviennent dans les institutions pour réaliser des nettoyages dentaires professionnels.

Leur formation comprend le traitement des personnes alitées ou dépendantes. Depuis 2002, un groupe d'hygiénistes dentaires assurent sur l'ensemble du territoire, la formation du personnel soignant en prophylaxie, 6 000 personnes ont déjà participé à ces formations (37).



## 2.2.4 Les Etats-Unis

Dans l'Est de la Caroline du Nord, plus exactement dans la région des Apalaches a été lancé en 1996, *Smart Smiles*, un programme de promotion de la santé orale, destiné aux enfants de moins de trois ans dont les parents ont de faibles revenus (38).

Une étude réalisée en amont par des hygiénistes dentaires avait montré que les enfants dont les parents avaient de faibles revenus, fréquentaient plus les cabinets médicaux que dentaires (38). De plus il avait été constaté que certains chirurgiens-dentistes n'acceptaient pas de soigner les enfants ou les patients bénéficiant du Medicaid.

*Le Medicaid et le Medicare sont des programmes créés en 1965 aux Etats-Unis afin de couvrir les personnes les plus pauvres et les personnes âgées (39).*

*Le programme Medicaid concerne les personnes les plus pauvres ainsi que les personnes handicapées, il est financé par les Etats qui le subventionnent conjointement avec l'Etat Fédéral.*

*Le programme Medicare lui couvre les plus de 65 ans, hors médicaments, il est financé par les cotisations sociales et l'Etat Fédéral.*

En premier lieu, il a été défini pour chaque enfant un « dental home » afin de proposer des soins bucco-dentaires complets, accessibles et adaptés à la situation familiale de l'enfant. Des médecins et pédiatres ont également été formés à la prévention et au dépistage de la carie, à l'application de vernis fluorés, ainsi qu'à prodiguer des conseils en matière de santé orale. Les praticiens adhérant au programme *Smart Smiles* ont réalisé, entre 1996 et 2001, plus de 3 000 consultations (38).

C'est désormais le programme *Into the Mouths of Babes (IMB)* qui a pris le relais. Il bénéficie des aides financières du Medicaid, du Centers for Medicare and Medicaid Services et du Health Resources and Service Administration. Les médecins ou pédiatres adhérant au programme suivent une formation et reçoivent un kit avec du vernis fluoré, des brosses à dents ainsi que des miroirs pour dix visites. Des hygiénistes dentaires restent à leur disposition pour des visites en cabinet si besoin.

Il est prévu le remboursement jusqu'à 6 visites pour les enfants depuis leur naissance jusqu'à 3 ans. Le médecin réalise un examen bucco-dentaire et juge s'il

est nécessaire d'envoyer l'enfant consulter le chirurgien-dentiste. Il conseille les parents en fonction de la santé orale de l'enfant et peut procéder à l'application de vernis fluorés et/ou prescrire une supplémentation en fluor (38).

Depuis la mise en place de ce programme de 2001 à décembre 2002, 1595 professionnels médicaux ont été formés. Les visites remboursées ont augmenté de 2,8% et le suivi des patients est passé de 24% à 41% (38).

Le nombre de visites *IMB* chez le chirurgien-dentiste, bien que toujours moins fréquentes que les visites *IMB* chez le médecin, augmente avec l'âge des patients.

Le programme *IMB* serait efficace probablement du fait de 2 mécanismes compensatoires :

- Tout d'abord l'amélioration de la santé orale des enfants, c'est l'effet préventif ;
- Et une augmentation des traitements de caries grâce aux dépistages et à l'orientation précoce par des professionnels médicaux vers les professionnels de la santé orale, c'est l'effet d'impact (40).

Une étude menée par Pahel *et al.* en 2011 a étudié l'efficacité du programme *IMB* entre 2000 et 2006 (40). Concernant les enfants du Medicaid de Caroline du Nord, ils mettent en avant une baisse significative de 17% des traitements de caries à partir de 4 visites *IMB* chez les enfants âgés de 6 ans par rapport à ceux qui n'ont bénéficié d'aucune visite (40). Par rapport à l'âge des enfants, cette étude a démontré 3 faits importants :

- Un effet préventif des traitements liés aux caries pour les enfants de moins de 2 ans ;
- Un effet d'impact pour les enfants âgés de 2 ans à 3,5 ans ;
- Un effet préventif des traitements liés aux caries pour les enfants âgés de 40 mois à 72 mois.

Une autre étude réalisée par Stearns *et al.* a comparé deux groupes d'enfants ayant les mêmes caractéristiques, une moitié s'étant rendue à au moins 4 visites *IMB* et l'autre à aucune (41). Le résultat est similaire : une fréquence de traitement de caries inférieure chez les enfants ayant bénéficié d'au moins 4 visites par rapport à une

absence de participation chez les enfants de moins de 6 ans (41).

Cette analyse a également montré que la répétition des consultations de santé bucco-dentaire dans les centres médicaux réduisait les hospitalisations et les traitements des caries, mais que l'incidence sur les coûts engendrés pour le Medicaid était plus nuancée. Partant d'honoraires de 54,81 \$ pour 1 visite *IMB*, la probabilité que le programme réduise les dépenses d'hospitalisations pour le *Medicaid* serait de 32% (41). L'estimation des coûts indirects évités par le programme *IMB* reste difficile : les caries dentaires induisent des coûts au-delà du paiement des actes médicaux, cette première analyse ne tient en effet pas compte de la douleur et de la souffrance psychologique des enfants mais aussi des parents et des coûts liés au temps perdu par les parents du fait d'absences répétées au travail liées aux caries. Les auteurs considèrent qu'en prenant en compte ces coûts associés à l'hospitalisation d'un enfant, le programme *IMB* aurait 95% de chance d'être rentable si le *Medicaid* est prêt à investir au moins 2331 \$ pour éviter une hospitalisation (41).

### **2.2.5 Le Japon**

En 1970 le *School-based fluoride mouth rinsing program (S-FMR)* a débuté dans une préfecture du Japon. Il s'est étendu depuis 2005 aux 47 préfectures du pays. Ce programme consiste en l'utilisation de bains de bouche fluorés chez les jeunes enfants.

L'efficacité de cette mesure de prévention a été démontrée. En effet une étude met en avant l'utilisation bénéfique des bains de bouche fluorés de façon hebdomadaire après 3 ans chez les enfants en âge périscolaire pour prévenir l'apparition des lésions carieuses (42). Au Japon, l'utilisation de bain de bouche est considérée comme sûre et efficace s'appuyant sur des études qui affirment que les enfants âgés de 4-5 ans n'avalent pas ou peu de solution fluorée (43).

Après avoir décrit différents programmes de prévention à travers le monde dont certains s'appuient sur les hygiénistes dentaires, intéressons-nous plus spécifiquement à cette profession jusqu'à aujourd'hui absente en France, mais qui a contribué aux progrès en matière de prévention bucco-dentaire dans les différents pays où elle est présente.

## 3 Les hygiénistes dentaires

### 3.1 Définitions

- Selon l'International Federation of Dental Hygienists (IFDH), un hygiéniste dentaire « est un professionnel de la santé et est diplômé d'une école accréditée de l'hygiène dentaire, qui, grâce à des services cliniques, l'éducation, les efforts de planification et d'évaluation de consultation, vise à prévenir les maladies buccales, assure le traitement de maladies existantes, et aide les gens 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 » (en anglais dans le texte original, traduction au plus près du sens) (44).
- Selon l'Organisation Régionale Européenne (ORE) de la Fédération Dentaire Internationale, (extrait d'une définition officielle adoptée en mai 2015, en anglais dans le texte original, traduction au plus près du sens) « les hygiénistes dentaires ne travaillent dans les cabinets dentaires privés et publics que sous la supervision du chirurgien-dentiste, suivant les procédures et les protocoles prescrits en matière de promotion et de maintien d'une bonne hygiène bucco-dentaire. Ils mettent en œuvre des programmes de prévention personnalisés approuvés par le chirurgien-dentiste, recueillent des données, prennent des radiographies, enregistrent les indices dentaires et parodontaux, effectuent des traitements non chirurgicaux et parodontaux, appliquent des matériaux prophylactiques sur les dents, motivent le patient, sensibilisent à l'importance des visites régulières de contrôle, conseillent en matière de diététique, motivent à l'arrêt du tabac, participent à la prévention des cancers des voies aéro-digestives supérieures » (45).

## **3.2 Historique**

### Aux Etats-Unis

Le Docteur Alfred G. Fones, en 1905, forme la première hygiéniste dentaire dans le Connecticut à Bridgeport. Elle est chargée d'examiner et de polir les dents des enfants qui arrivent en consultation. Il ouvre en 1913, dans son garage, la Clinique Fones pour former les hygiénistes dentaires. La première année, 27 y sont diplômées. Elles travaillent pour la majorité dans le système scolaire de la ville et les résultats sont impressionnants. Le taux de caries diminue de 75% chez les enfants participant au programme (46). En 1923 est officiellement reconnue l'Association Américaine des Hygiénistes dentaires (ADHA), qui existe encore aujourd'hui et représente les intérêts de l'ensemble des professionnels du pays. En 1945, on comptait environ 7 000 hygiénistes dentaires qui exerçaient soit dans des cabinets privés soit dans des services de santé publique et des hôpitaux (46). D'après l'ADHA, en 2016, il y aurait environ 185 000 hygiénistes dentaires aux Etats-Unis (47).

### Au Canada

C'est en 1920 que l'on fait état de la première hygiéniste dentaire, diplômée en hygiène de l'Infirmier Dentaire Forsythe de Boston. Mais c'est seulement en 1950 qu'une hygiéniste dentaire sera officiellement autorisée dans le pays (46).

### En Europe

La Norvège fait appel dès 1924, à des hygiénistes dentaires américaines pour mettre en place un programme de formation (48).

En Suisse, la première école d'hygiéniste dentaire ouvre en 1973 (48).

En Angleterre, il y a un véritable essor des hygiénistes dentaires après la seconde guerre mondiale. La première école voit le jour en 1953 à Manchester (48).

Dans les années 60 se développent des écoles en Hollande, Suède, au Danemark, en Norvège, Italie, Finlande (48).

### **3.3 Zoom sur les hygiénistes dans l'Union Européenne**

#### **3.3.1 Objectif**

Une recherche systématique d'information concernant la reconnaissance de la profession d'hygiéniste selon les pays de l'Union Européenne a été effectuée dans le but de préciser leur formation, leur environnement professionnel et les actes autorisés.

#### **3.3.2 Méthode de recueil d'information**

Afin de recueillir ces informations, pour chaque pays, la méthode employée a été la suivante :

- 1) Pour commencer la consultation du site internet de l'IFDH pour les pays qui en font partie nous a permis de retrouver des informations détaillées. Selon le pays, un lien vers le site officiel de la profession dans le pays en question peut être proposé.
- 2) La deuxième étape a consisté en la consultation des sites internet officiels nationaux. Si le pays ne fait pas partie de l'IFDH ou que le lien vers le site officiel n'est pas mentionné, le mot clef « hygiéniste dentaire » a été traduit dans la langue de chaque pays afin de trouver des informations à partir du moteur de recherche Google. S'en est suivie une série de traductions afin de trouver les réponses à nos questions. Les adresses des liens internet utilisées pour chaque pays sont disponibles en Annexe 1.
- 3) La troisième étape a consisté en la lecture du manuel Européen de Pratique Dentaire édité en 2015 qui répertorie entre autre, pour chacun des pays européens, les informations concernant le métier de chirurgien-dentiste et ses professions annexes (49).
- 4) Enfin l'ensemble des résultats obtenus a été complété par les travaux réalisés par Philippe Quilliet, Anne-Sophie L'Hopital, Denis Bourgeois et Michelle Muller-Bolla dans « Professions annexes aux dentistes de l'Union Européenne » (50).

### **3.3.3 Résultats**

*Pour mémoire l'Union Européenne se compose de 28 états, l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, Chypre, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République Tchèque, la Roumanie, le Royaume-Uni, la Slovaquie, la Slovénie et la Suède.*

La profession d'hygiéniste dentaire ou d'assistant dentaire qualifié en prophylaxie est reconnue dans l'ensemble de l'Union Européenne hormis la France, la Belgique, la Bulgarie, la Croatie, la Grèce et le Luxembourg (49).

*Remarque : pour le chapitre 3, le terme d'hygiéniste dentaire est utilisé.*

#### **3.3.3.1 La formation**

Pour accéder à la formation d'hygiéniste dentaire, il a été retrouvé que le niveau d'études secondaires c'est à dire l'équivalent du baccalauréat en France constitue un minimum nécessaire dans la plupart des pays, voire pour certains pays une formation préalable d'assistant dentaire ou équivalent (Tableau 1).

**Tableau 1 : Niveau de qualification requis pour entrer dans la formation d'hygiéniste dentaire selon les différents pays de l'Union Européenne**

<u>Pays</u>	<u>Niveau de qualification requis</u>
<b>Allemagne</b>	Diplôme d'AD <sup>1</sup> <b>3 ans</b> + spécialisation ZMP <sup>2</sup> <b>300h</b> ou ZMF <sup>3</sup> <b>700h</b>
<b>Autriche</b>	<i>Données non retrouvées</i>
<b>Chypre</b>	<i>Données non retrouvées</i>
<b>Danemark</b>	<i>Données non retrouvées</i>
<b>Espagne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bachillerato/ Pruebas de acceso = Diplôme d'études secondaires</li> <li>▪ Titre de technicien de la même branche</li> </ul>
<b>Estonie</b>	<i>Données non retrouvées</i>
<b>Finlande</b>	Diplôme d'études secondaires
<b>Hongrie</b>	Diplôme d'AD <b>2 ans</b>
<b>Irlande</b>	Leaving certificate= diplôme d'études secondaires
<b>Italie</b>	Diplôme d'études secondaires
<b>Lettonie</b>	Avoir suivi en amont un enseignement d'AD, d'infirmier, de technicien dentaire ou d'assistant médical
<b>Lituanie</b>	Diplôme d'études secondaires
<b>Malte</b>	MATSEC <sup>4</sup> avec passe à 5 ou grade en maltais, anglais et mathématique
<b>Pays-Bas</b>	Diplôme d'études secondaires HAVO <sup>5</sup> / VWO <sup>6</sup> / level 4 from a Dutch MBO <sup>7</sup>
<b>Pologne</b>	Diplôme d'études secondaires
<b>Portugal</b>	Diplôme d'études secondaires
<b>République Tchèque</b>	Diplôme d'études secondaires
<b>Roumanie</b>	<i>Données non retrouvées</i>
<b>Royaume-Uni</b>	GCE A levels= diplôme d'études secondaires
<b>Slovaquie</b>	Diplôme d'études secondaires
<b>Slovénie</b>	<i>Données non retrouvées</i>
<b>Suède</b>	Gymnasium : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Matematik B, Naturkunskap B, Samhällskunskap A</li> <li>▪ Matematik 2a / 2b / 2c, Naturkunskap 2, Samhällskunskap 1b / 1a1+1a2</li> </ul> = Diplôme d'études secondaires

<sup>1</sup> Assistant dentaire

<sup>2</sup> Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (assistant dentaire en prophylaxie)

<sup>3</sup> Zahnmedizinische Fachassistentin (assistant dentaire spécialisé)

<sup>4</sup> Matriculation and secondary education certificate = diplôme d'enseignement secondaire

<sup>5</sup> Enseignement secondaire général de 5 ans

<sup>6</sup> Enseignement pré-universitaire de 6 ans

<sup>7</sup> Enseignement secondaire préprofessionnel de 4 ans



Il existe différents types de formation pour accéder au métier d'hygiéniste dentaire.

On retrouve une formation :

- Universitaire exclusivement d'hygiéniste dentaire ;
- Privée exclusivement d'hygiéniste dentaire ;
- D'assistant dentaire avec une spécialisation en hygiéniste dentaire ;
- Au sein des universités de chirurgie dentaire ou de médecine.

Nous constatons une grande diversité aussi bien dans le contenu que dans le nombre d'années d'étude pour accéder au diplôme (Tableau 2).

**Tableau 2 : Formation d'hygiéniste dentaire : durée et précisions selon les pays de l'Union Européenne**

<u>Pays</u>	<u>Durée de la formation</u>	<u>Précisions</u>
<b>Allemagne</b>	HD <sup>1</sup> 800h	Formation d'AD <sup>2</sup> de 3 ans Spécialisation puis formation en HD
<b>Autriche</b>	HD ID <sup>3</sup> spé	Formation à l'étranger Infirmière dentaire spécialisée en prévention bucco-dentaire après 3 ans de pratique et formation spécifique
<b>Chypre</b>	<i>Données non retrouvées</i>	
<b>Danemark</b>	HD 3 ans	École d'hygiéniste dentaire sous la tutelle de l'Université
<b>Espagne</b>	HD 2 ans	Écoles publiques ou privées
<b>Estonie</b>	HD	Pas de formation officielle, HD formées en interne ne sont pas enregistrés, mais évolution à prévoir
<b>Finlande</b>	HD 3,5 ans	Universités
<b>Hongrie</b>	HD 1 an	Diplôme d'AD au préalable de 2 ans Formation publique ou privée (représente 60%)
<b>Irlande</b>	HD 2 ans	École à Cork et Dublin
<b>Italie</b>	HD 3 ans	Concours d'entrée + numéris clausus
<b>Lettonie</b>	HD 2 ans	Avoir suivi en amont un enseignement d'AD, d'infirmier, de technicien dentaire ou d'assistant médical / Concours à l'entrée
<b>Lituanie</b>	HD 3 ans HD 4 ans	Universités des Sciences Appliquées Kaunas, Panevezys, Utena, Siauliai, Klaipeda Université Lituanienne des Sciences de la santé
<b>Malte</b>	HD 3 ans	Faculté de Chirurgie Dentaire de Malte
<b>Pays-Bas</b>	HD 4 ans	Quatre écoles universitaires spécifiques d'hygiéniste dentaire
<b>Pologne</b>	HD 2 ans	Université de Médecine
<b>Portugal</b>	HD 3 ans	Quatre écoles dentaires ou instituts de santé
<b>République Tchèque</b>	HD 3 ans	Deux types de formation : une école supérieure spécifique d'hygiéniste dentaire et aussi depuis 2008 Université
<b>Roumanie</b>	<i>Données non retrouvées</i>	
<b>Royaume-Uni</b>	HD 3 ans	Universités ou écoles paramédicales
<b>Slovaquie</b>	HD 3 ans	Faculté de médecine de Presov
<b>Slovénie</b>	HD 2 ans	Société privée
<b>Suède</b>	HD 2 à 3 ans	Collège universitaire

<sup>1</sup> Hygiéniste dentaire

<sup>2</sup> Assistant dentaire

<sup>3</sup> Infirmière dentaire

### 3.3.3.2 L'environnement professionnel

Pour certains pays il est nécessaire d'être enregistré auprès des autorités afin de pouvoir exercer, pour d'autres non (Tableau 3).

**Tableau 3 : Enregistrement auprès des autorités selon les pays de l'Union Européenne**

<u>Pays</u>	<u>Enregistrement</u>
Allemagne	E <sup>1</sup>
Autriche	
Chypre	P <sup>2</sup>
Danemark	E
Espagne	E
Estonie	P
Finlande	E
Hongrie	P
Irlande	E
Italie	P
Lettonie	E
Lituanie	E
Malte	E
Pays-Bas	P
Pologne	P
Portugal	E
République Tchèque	P
Roumanie	
Royaume-Uni	E
Slovaquie	E
Slovénie	P
Suède	E

<sup>1</sup> Enregistrement auprès d'une autorité compétente nécessaire

<sup>2</sup> Pas d'inscription nécessaire au travail

On retrouve au sein de chaque pays différentes manières d'exercer la profession avec soit une pratique (Tableau 4) :

- Indépendante ;
- Indépendante mais avec prescription d'un chirurgien-dentiste ;
- Avec supervision indirecte après prescription par un chirurgien-dentiste la plupart du temps, ce dernier engageant sa responsabilité dans la majorité des cas ;
- Avec supervision directe par un chirurgien-dentiste.

**Tableau 4 : Environnement professionnel : Type de pratique et ratio hygiéniste dentaire/ chirurgien-dentiste selon les pays de l'Union Européenne**

<b>Pays</b>	<b>Pratique indépendante</b>	<b>Pratique indépendante mais avec prescription</b>	<b>Avec supervision indirecte</b>	<b>Avec supervision directe</b>	<b>Ratio hygiéniste dentaire/ chirurgien dentiste</b>
<b>Allemagne</b>			X		1/ 126
<b>Autriche</b>			X		
<b>Chypre</b>	<i>Données non retrouvées</i>				
<b>Danemark</b>	X				1/ 6
<b>Espagne</b>			X		1/ 2
<b>Estonie</b>			X		1/ 39
<b>Finlande</b>	X				1/ 3
<b>Hongrie</b>				X	1/ 5
<b>Irlande</b>			X		1/ 5
<b>Italie</b>		X			1/ 8
<b>Lettonie</b>	X <sup>1</sup>		X		1/ 7
<b>Lituanie</b>	X <sup>1</sup>		X		1/ 6
<b>Malte</b>		X			1/ 8
<b>Pays-Bas</b>	X				1/ 3
<b>Pologne</b>			X		1/ 9
<b>Portugal</b>			X		1/ 17
<b>Rép. Tchèque</b>			X		1/ 10
<b>Roumanie</b>				X	1/144
<b>Royaume-Uni</b>	X <sup>2</sup>				1/ 5
<b>Slovaquie</b>	X <sup>3</sup>		X		1/ 18
<b>Slovénie</b>			X		1/ 91
<b>Suède</b>	X				1 / 2

<sup>1</sup> Dans le secteur public uniquement

<sup>2</sup> Depuis 2013

<sup>3</sup> Dans les zones sous-dotées uniquement

### **3.3.3.3 Les actes autorisés**

Sont présentés ci-après les principaux actes que les hygiénistes dentaires sont autorisés à réaliser selon les pays de l'Union Européenne (Tableau 5).

**Tableau 5 : Principaux actes autorisés selon les pays de l'Union Européenne**

	Motivation à l'hygiène	Conseils diététiques	Motivation à l'arrêt du tabac	Détartrage supra gingival	Détartrage infra gingival	Polissage	RX <sup>e</sup>	Empreintes pour modèles d'étude	Scellement des sillons et fluoration	Scellement provisoire	Anesthésie locale	Anesthésie topique	Blanchiment
<b>Allemagne</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X <sup>b</sup>	X	
<b>Autriche<sup>a</sup></b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
<b>Chypre</b>	<i>Données non retrouvées</i>												
<b>Danemark</b>	X		X	X		X	X	X	X		X	X	
<b>Espagne</b>	X	X	X	X		X	X	X	X		≠ <sup>d</sup>		
<b>Estonie</b>	<i>Données non retrouvées</i>												
<b>Finlande</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Hongrie</b>	X			X		X			X	X	X	X	
<b>Irlande</b>	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Italie</b>	X	X	X	X	X	X			X				X
<b>Lettonie</b>	X	X		X		X	X		X	X			
<b>Lituanie</b>	X			X		X			X		X	X	
<b>Malte</b>	X	X		X	X	X			X	X	X	X	
<b>Pays-Bas</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Pologne</b>	X	X		X	X	X			X	X	≠ <sup>d</sup>		
<b>Portugal</b>	X	X		X	X	X	X	X	X	X	≠ <sup>d</sup>		
<b>République Tchèque</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X <sup>b</sup>	X	X
<b>Roumanie</b>	<i>Données non retrouvées</i>												
<b>Royaume-Uni</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X <sup>c</sup>
<b>Slovaquie</b>	X			X		X			X				
<b>Slovénie</b>	X			X	X	X			X	X		X	X
<b>Suède</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

<sup>a</sup> L'IFDH mentionne que tous les actes sont autorisés sauf l'anesthésie locale

<sup>b</sup> L'anesthésie locale est réalisée après autorisation du chirurgien-dentiste

<sup>c</sup> Avec une formation supplémentaire

<sup>d</sup> Données contradictoires retrouvées

<sup>e</sup> Radiographie

Pour plusieurs pays, notamment le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la Hongrie, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République Tchèque, le Royaume-Uni et la Suède, dans l'énumération des actes autorisés nous retrouvons « orthodontie » et « brackets d'ODF ». Nous supposons qu'il s'agit de dépister les patients ayant un besoin d'orthodontie, ou sous la demande d'un orthodontiste d'enlever les ligatures, de décoller les bagues et les brackets, de nettoyer les excès de colle.

Aux Pays-Bas et Royaume-Uni, la pose de matériau d'obturation dans de petites cavités est autorisée.

En Espagne, les hygiénistes dentaires ont le droit de placer et retirer les digues et les cordonnets.

Un seul pays, la Slovaquie, mentionne l'autorisation de vente de matériel bucco-dentaire au sein du cabinet.

A Malte, sous la supervision d'un chirurgien-dentiste, l'hygiéniste dentaire peut soigner sous sédation consciente ou sous anesthésie générale.

Avec une formation supplémentaire les professionnels exerçant au Royaume-Uni peuvent également soigner sous sédation consciente, et effectuer quelques soins en pédodontie comme l'avulsion des dents de lait ou la mise en place de couronnes préformées.

### **3.3.4 Discussion**

#### **3.3.4.1 Limites**

Dans la mesure du possible plusieurs sources ont été consultées afin de croiser et vérifier les différentes données retrouvées. Néanmoins, on ne peut pas garantir que l'ensemble des données disponibles a été collecté. Plusieurs obstacles ont été rencontrés. Tout d'abord la multiplicité des informations plus ou moins contradictoires, multiplicité aussi, tant le métier est exercé de manières différentes à travers l'Union Européenne. Deuxièmement, c'est une profession en pleine évolution actuellement, il existe donc probablement un décalage entre les données disponibles, les aspects législatifs et la réalité des pratiques. Les hygiénistes dentaires se voient confier de plus en plus de tâches, et ont pour la plupart des envies d'indépendance comme c'est le cas pour l'Allemagne, l'Italie ou l'Estonie par exemple. Ces pays ont par ailleurs fait pression sur l'ORE pour qu'elle adopte une déclaration sur les hygiénistes dentaires en définissant un profil de la profession (51). Enfin troisièmement la barrière de la langue, si pour une partie des pays les



informations étaient disponibles en anglais, pour beaucoup d'autres les informations étaient disponibles dans la langue natale et ont dû être traduites en utilisant Google Traduction. Ainsi, certaines imprécisions liées à la traduction ont pu se retrouver.

#### **3.3.4.2 Discussion des résultats**

Pour Chypre, l'Estonie ainsi que la Roumanie très peu de données ont pu être retrouvées.

La profession, à travers l'Union Européenne, présente une hétérogénéité très importante.

Pour commencer la formation varie de deux ans pour l'Espagne à quatre ans pour les Pays-Bas par exemple. Le contenu de ces années d'études est également hétérogène. Avant de pouvoir entreprendre une formation d'hygiéniste dentaire en Allemagne ou en Hongrie, il faut avoir préalablement obtenu le diplôme d'assistant dentaire. En Lettonie, il faut avoir suivi en amont une formation d'infirmier, de technicien dentaire, d'assistant dentaire ou médical pour commencer des études d'hygiéniste dentaire. Les formations ont lieu à l'Université de médecine ou de chirurgie dentaire, dans des écoles publiques ou privées etc.

Une autre variation est à souligner. Plusieurs pays prévoient l'obligation d'être enregistré auprès des autorités compétentes pour exercer, d'autres n'ont pas besoin de s'inscrire.

Certains pays peuvent exercer de manière indépendante, c'est le cas de la Finlande, d'autres exercent sous la supervision indirecte des chirurgiens-dentistes comme en Allemagne. Des données contradictoires ont été retrouvées pour l'environnement professionnel de l'Italie et de Malte, il a été décidé de suivre les informations retrouvées dans le manuel Européen de Pratique Dentaire édité en 2015. Le ratio hygiéniste dentaire / chirurgien-dentiste diffère également lui aussi d'un pays à l'autre allant de 1/2 pour la Suède à 1/144 pour la Roumanie.

En ce qui concerne les actes pratiqués, on retrouve également une grande variabilité. Les hygiénistes dentaires de certains pays ont l'autorisation de pratiquer l'anesthésie locale et d'effectuer certaines tâches invasives. Au cours des différentes recherches, certains actes ont été retrouvés pour certains pays comme l'autorisation

de pratiquer l'anesthésie locale en Slovaquie ou le blanchiment des dents en Lituanie et en Slovaquie. Ces données n'apparaissant néanmoins pas dans des sources officielles ou n'étant pas accompagnées de bibliographie, il a été choisi de ne pas les faire figurer dans le tableau récapitulatif n°5.

Concernant l'anesthésie locale, des données contradictoires ont été retrouvées pour l'Espagne, la Pologne et le Portugal.

Il faut également préciser que, même en cas de pratique indépendante, la réglementation prévoit que certains actes doivent être prescrits par un chirurgien-dentiste.

Il apparaît évident que selon le pays de l'Union Européenne, le diplôme obtenu ne recouvre pas le même champ et qu'il est donc difficile de considérer les personnes diplômées comme présentant les mêmes compétences.

Ce constat pose indéniablement des difficultés au sein de l'Union Européenne où la libre circulation des travailleurs est un des principes fondateurs et constitue un droit fondamental (52).

Actuellement, la directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles stipule que l'accès partiel ne s'applique pas aux professions de santé réglementées à reconnaissance automatique, c'est à dire que pour le moment un hygiéniste dentaire qualifié dans un des pays européens le permettant ne peut pas exercer une partie de la profession de chirurgien-dentiste en France.

Néanmoins pour relancer la croissance économique, une nouvelle directive sur la reconnaissance des qualifications professionnelles est en discussion depuis janvier 2016 (53,54). Elle prévoirait l'accès partiel aux professions réglementées ainsi qu'une déréglementation de certaines professions. L'idée étant de créer des emplois, d'augmenter la concurrence, de faire baisser les prix et donc d'augmenter la demande. Cela ouvrirait la possibilité future aux hygiénistes dentaires diplômés à l'étranger d'exercer en France. Cette directive prévoirait également un niveau minimal européen de formation à cette profession. Le 30 avril 2016, la Commission Européenne a réuni les ministères nationaux autour de la question de la réglementation de la profession d'hygiéniste dentaire (54). Au terme de la rencontre, ni la Commission ni les États ont entendu, pour le moment, harmoniser d'un point de vue légal cette profession.

## **4 Vers la création du métier d'hygiéniste dentaire en France ? Analyse de textes écrits**

### **4.1 Objectif**

Comme discuté dans le Chapitre 3, il existe au sein de l'Union Européenne une libre circulation des travailleurs c'est à dire qu'on leur reconnaît le droit de déplacement et de séjour ainsi que le droit d'exercer une activité professionnelle. Un membre de l'Union Européenne devrait donc pouvoir exercer librement sa profession dans n'importe quel Etat membre. Or ce principe fondamental est souvent entravé par les exigences nationales de conditions d'accès à certaines professions du pays d'accueil (52).

Le métier d'hygiéniste dentaire existe dans certains pays de l'Union Européenne, avec des profils de formation et de compétences très hétérogènes. En France, jusqu'à aujourd'hui cette profession n'existe pas. Mais désormais les discussions abondent sur le sujet, et ce d'autant plus avec les réformes de l'Union Européenne et l'entrée des assistants dentaires au Code de Santé Publique dans le pays ainsi que la définition des compétences de ceux-ci (55).

C'est pourquoi, nous avons souhaité conduire une enquête par analyse de textes écrits entre janvier 2014 et juillet 2016 en France sur la question des hygiénistes dentaires, par les différents professionnels du domaine de la santé bucco-dentaire suivants :

- A. Les représentants des instances ordinales ;
- B. Les représentants des principales instances syndicales via leur site internet et/ou publications dans des revues professionnelles ;
- C. Les auteurs dans des revues professionnelles nationales.

*Remarque : le terme de « représentants » a été choisi pour la lisibilité, mais en réalité il s'agit d'auteurs dont l'identité n'a pas toujours pu être identifiée.*

## 4.2 Méthode

### 4.2.1 Critères de sélection des textes

Une recherche systématique des textes écrits sur la question des hygiénistes dentaires entre le 01/01/2014 et le 31/07/2016 a été conduite via différents supports (Tableau 6) :

A. Les instances ordinales :

- Via *La Lettre* (L) consultable sur [www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr)

B. Les principales instances syndicales :

- La Confédération Nationale des Syndicats Dentaires consultable via *Le Chirurgien-Dentiste de France* (CDF) et le [www.cnsd.fr](http://www.cnsd.fr)
- L'Union Dentaire via *Convergences* (Co) consultable sur [www.union-dentaire.com](http://www.union-dentaire.com)
- Le Syndicat des Femmes Chirurgiens Dentistes via *Infos Femmes Chirurgiens Dentistes* (IFCD) consultable sur [www.sfcd.fr](http://www.sfcd.fr)
- La Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux consultable sur [www.fsd.fr](http://www.fsd.fr)

C. Les publications dans des revues professionnelles :

- *Information Dentaire* (ID)
- *Objectif Paro* (OP) consultable sur [www.sfparo.org](http://www.sfparo.org)

*Pour information, les abréviations précisées entre parenthèses dans le précédent paragraphe sont celles qui seront utilisées pour la suite de la présentation des résultats.*

**Tableau 6 : Présentation des provenances, supports et dates de collecte des données selon les différents types de professionnels**

	<b>Textes écrits provenant de</b>	<b>Supports</b>	<b>Dates</b>
<b>Les instances ordinales</b>	La Lettre (L)	Revue papier	01/2014 à 07/2016
<b>Les principales instances syndicales</b>	Le Chirurgien- Dentiste de France (CDF)	Numérique	09/01/2014 au 16/06/2016
	Convergence (Co)	Numérique	2014 et 2015
	Infos Femmes Chirurgiens Dentistes (IFCD)	Numérique	2014 à 2016
	FSDL	Numérique	2014 à 2016
	CNSD	Numérique	2014 à 2016
	Information Dentaire (ID)	Revue papier	08/01/2014 à 06/07/2016
<b>Des revues professionnelles</b>	Objectif Paro (OP)	Numérique	2014 à 2016

#### **4.2.2 Conduite d'étude**

Afin de réaliser une recherche systématique des textes,

- 1) Pour les sites internet,
  - a. Les mots clés suivants ont été inscrits dans les moteurs de recherche des sites :
    - Hygiéniste dentaire ;
    - Assistante dentaire ;
  - b. Une lecture rapide de chaque référence obtenue a ensuite été effectuée pour affiner les résultats vers la notion d'assistante dentaire orientée dans le domaine de la prévention.

2) Pour les revues :

Elles ont été consultées à la bibliothèque universitaire de la Faculté de chirurgie dentaire de Lille. La démarche a été la suivante : feuilleter l'ensemble des revues en recherchant mots-clés hygiéniste dentaire ou assistante dentaire orientée dans le domaine de la prévention.

### **4.2.3 Analyse de données**

Au cours de la recherche, chaque texte écrit pouvant répondre aux critères de sélection précédemment décrits a été imprimé sur un support papier puis numéroté. A l'issue de la recherche, chacun des textes précédemment présélectionnés a fait l'objet de plusieurs lectures attentives afin de ne sélectionner finalement que les textes faisant réellement l'objet d'une discussion sur le thème d'hygiéniste dentaire ou d'assistant dentaire orienté dans le domaine de la prévention. Il a été choisi de conduire une analyse de contenu par thématique de ces textes sélectionnés.

L'analyse de contenu, méthode souvent utilisée en recherche qualitative, vise à produire un effet d'intelligibilité par la simplification des contenus. Elle comporte de ce fait nécessairement une part d'interprétation (56) même si les chercheurs cherchent à la limiter au maximum. L'analyse de contenu par thématique défait en quelque sorte la singularité de chaque texte et découpe transversalement ce qui, d'un texte à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière du texte et cherche une cohérence thématique inter-textes (56). On cherche ainsi à regrouper les éléments signifiants dans une sorte de sac à thèmes hiérarchisé et on choisit de mettre de côté l'architecture cognitive et affective de la pensée de chaque personne singulière à l'origine des textes (56).

## **4.3 Résultats**

### **4.3.1 Présentation des données collectées**

Le tableau 7 ci-après rapporte le nombre de textes présélectionnés ainsi que le nombre de textes finalement sélectionnés, ayant donc fait l'objet d'une analyse de contenu distingués selon l'origine des professionnels de la santé bucco-dentaire. En effet, seuls les textes rapportant une discussion sur la thématique pouvait faire l'objet d'une analyse de contenu.

**Tableau 7 : Nombre de textes présélectionnés puis sélectionnés ayant fait l'objet d'une analyse de contenu distingués selon les différents professionnels du domaine de la santé bucco-dentaire**

	A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>					C <sup>3</sup>		A+B+C
	L	CDF	Co	IFCD	Fsdl.fr	Cnsd.fr	ID	OP	
<b>Nombre de textes présélectionnés</b>	6	11	3	2	1	1	8	0	32
<b>Nombre de textes sélectionnés ayant fait l'objet d'une analyse</b>	4	9	3	2	1	0	5	0	24

<sup>1</sup> Représentants des instances ordinales

<sup>2</sup> Représentants des instances syndicales

<sup>3</sup> Auteurs dans des revues professionnelles

Dans un souci de simplification de présentation des résultats de l'analyse de contenu par thématique, les 24 textes analysés ont été numérotés de 1 à 24 pour la suite de l'analyse et sont listés dans l'Annexe 2.

### 4.3.2 Résultats de l'analyse de contenu

Les tableaux 8 et 9 ci-après présentent de façon hiérarchisée les résultats de l'analyse de contenu des raisons évoquées en faveur de la création de la profession d'hygiéniste dentaire en France et des freins l'accompagnant.

**Tableau n°8 : Raisons évoquées en faveur de la création de la profession d'hygiéniste dentaire en France distinguées selon les différents professionnels du domaine de la santé bucco-dentaire (N=24)**

<b>Thème principal</b>	A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>
Thème secondaire			
<i>Thème tertiaire</i>			
<b>L'Union Européenne</b>			
Libre circulation des professionnels de santé	2-3		
Augmenter la croissance économique			
<i>L'accès partiel<sup>4</sup></i>	2-3	5-13	
<i>La déréglementation</i>	2	8-18	23
<i>Création de nouveaux métiers</i>		8-11	
L'expérience « positive » des autres pays européens	1-3	14	23
Formation européenne minimale commune des hygiénistes dentaires	2	16	
<b>L'intérêt du patient</b>			
Amélioration de la santé orale			
<i>Développement de la prévention</i>	4		24
<i>Développement d'un service de qualité</i>		16	
Intérêt spécifique			
<i>Patients présentant des maladies chroniques</i>		6	
<b>Les assistants dentaires en France</b>			
Inscription au Code de la Santé Publique		6-9-14- 15-16- 17	20-21- 22-23- 24

<sup>1</sup> Représentants des instances ordinales

<sup>2</sup> Représentants des instances syndicales

<sup>3</sup> Auteurs dans des revues professionnelles

<sup>4</sup> L'Union Européenne, afin de trouver des solutions pour augmenter la croissance économique, réfléchit à l'autorisation d'un accès partiel à certaines professions dont celle de chirurgien-dentiste aux hygiénistes dentaires, ce thème est retrouvé dans les textes n°2 et 3 de la catégorie A et dans les textes n° 5 et 13 de la catégorie B



**Tableau n°9 : Réticences évoquées à la création du métier d'hygiéniste dentaire en France distinguées selon les différents professionnels du domaine de la santé bucco-dentaire (N=24)**

<b>Thème principal</b> Thème secondaire <i>Thème tertiaire</i>	A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>
<b>L'Union Européenne</b>			
Expériences des pays européens les ayant autorisées <i>Hétérogénéité de la formation<sup>4</sup></i>	2-3	11	
<i>Diversité de l'environnement professionnel divers</i>	2-3	11	
<i>Diversité des actes pratiqués</i>	2-3	11	
<i>Variation importante du ratio HD par habitants</i>	2		
<i>Volonté d'indépendance</i>		7-10	
<i>Augmentation d'actes autorisés au fur et à mesure de leur existence</i>	2	10	
Baisse de la garantie des compétences professionnelles	3		
Mise en accord de l'ensemble des pays européens	1-2	10-11	
<b>Les moyens économiques</b>			
Financement		6-13	22-23
<b>La législation Française</b>			
Accord de l'ensemble des représentants de l'équipe dentaire pour définir la profession			22-24
Possibilité d'offrir une mise à niveau des AD <sup>5</sup> qualifiés actuellement			24

<sup>1</sup> Représentants des instances ordinales

<sup>2</sup> Représentants des instances syndicales

<sup>3</sup> Auteurs dans des revues professionnelles

<sup>4</sup> L'hétérogénéité de la formation dans les différents pays de l'Union Européenne fait partie des réticences à la création du métier d'hygiéniste dentaire et est retrouvée dans les textes n°2 et 3 de la catégorie A ainsi que dans le texte n°11 de la catégorie B

<sup>5</sup> Assistant dentaire

Le tableau 10 ci-après présente les résultats de l'analyse de contenu par thématique selon les différents types de professionnels sur les conditions qui seraient à discuter dans le cas de la promulgation d'une loi nationale autorisant la profession d'hygiéniste dentaire.

**Tableau n°10 : Dans le cas d'une législation française autorisant la profession d'hygiéniste dentaire, conditions à discuter selon les différents types de professionnels (N=24)**

<b>Thème principal</b> Thème secondaire <i>Thème tertiaire</i>	A <sup>1</sup>	B <sup>2</sup>	C <sup>3</sup>
<b>Dénomination</b> Statut/ Titre <i>Assistante dentaire qualifiée<sup>4</sup></i> <i>Assistante de prévention</i> <i>Assistant en médecine bucco-dentaire</i> <i>Assistant de niveau 2</i> <i>Assistante en prophylaxie</i> <i>Assistant médico-technique, option dentaire</i> <i>Assistante dentaire spécialisée</i>		14 7 10 13 13 15 16 19	
<b>Formation</b> Diplôme d'état Bac +2 ou Assistante dentaire +2 Formation en alternance Organisme de formation agréé public ou privé Non universitaire Perspective de carrière Formations préalables nécessaires à l'exercice de leurs fonctions (AFGSU n°2, gestion de la douleur, prise en charge globale etc)		15-17 13 13 13 13 15 17	20-21-22
<b>Environnement professionnel</b> Responsabilité du chirurgien-dentiste  Type de rapport avec le chirurgien-dentiste	4	6-9-11- 13-16-17	20-21-24

<i>Sous sa supervision</i>		11	
<i>Sous son autorité</i>		6-11	
<i>Avec subordination</i>		10-13-15	
<i>Avec contrôle effectif</i>		17	21-24
<i>Sous sa tutelle</i>		19	
<i>Sous sa prescription</i>		13-15-16	
Respect du secret professionnel		15-16	21-24
Droit d'exercer en milieu hospitalier ou en clinique		12-14- 15-16-17	20-21-22- 23-24
Participation aux actions de santé publique (par exemple en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, écoles, prisons)		14-15	22-24
<b>Profil de compétences</b>			
Délégation de tâches jusqu'à présent conduites par le chirurgien-dentiste	4	6-11-12- 15	20-21-22- 24
<i>Bilan</i>	4	11-13-19	23-24
<i>Education thérapeutique</i>		6-12-19	
<i>Pas d'acte invasif et non réversibles, pas d'empreinte</i>		10-13	
<i>Pas de diagnostic, pas de plan de traitement</i>		13	
<i>Prévention / hygiène bucco-dentaire et alimentaire</i>	4	11-15- 16-19	20-21-24
Radiographies		19	
Aide technique et instrumentale du chirurgien-dentiste		14-16-17	20-21-24
Possibilité de spécialités		15	22-23-24

<sup>1</sup> Représentants des instances ordinales

<sup>2</sup> Représentants des instances syndicales

<sup>3</sup> Auteurs dans des revues professionnelles

<sup>4</sup> Parmi les différentes dénominations proposées dans les conditions à discuter, le titre assistante dentaire qualifiée est retrouvé dans le texte n°7 de la catégorie B

## **4.4 Discussion**

### **4.4.1 Intérêts et limites**

Le travail d'analyse de contenu a été mené à partir de différents supports écrits, revues papier et format numérique, sites internet, émanant des instances ordinales, des instances syndicales et des revues professionnelles. Il est possible que d'autres professionnels en France se soient exprimés sur le sujet dont les propos n'ont de fait pas été pris en compte dans le présent travail. D'autre part, malgré notre tentative d'éplucher au maximum les documents mis à disposition par les différentes instances analysées, on ne peut pas garantir que ce travail porte sur l'ensemble de la littérature disponible les concernant. Par exemple quand les données ont été cherchées via les sites internet, le choix des mots clés utilisés a pu constituer une limite dans la collection des données. Aussi, aucun résultat sur les différents auteurs des textes écrits n'a pu être mis en avant puisque leur identité n'était pas toujours notifiée.

L'analyse de contenu par thématique est une méthode fréquemment utilisée aujourd'hui dans de nombreux travaux de recherche qualitative en santé. Il reste néanmoins encore rare d'analyser les points de vues des professionnels de la santé bucco-dentaire en France à travers leurs écrits disponibles. Cette méthode originale, si elle était reproduite à différents temps, pourrait permettre de comparer l'évolution des arguments et des positions des différents acteurs.

Enfin l'inscription des assistants dentaires au Code de la santé publique a suscité de nombreuses discussions animées notamment autour de la question de l'évolution de la profession d'assistant dentaire orienté en prévention / hygiéniste dentaire en France. S'agissant d'un sujet d'actualité particulièrement sensible, il est fort probable que dans les prochaines semaines de nouvelles positions soient avancées et de nouveaux textes écrits disponibles.

### **4.4.2 Discussion des résultats**

L'analyse des données retrouvées met en évidence à la fois les différents axes discutés selon les différents professionnels du domaine de la santé bucco-dentaire mais aussi leurs points communs et leurs différences.

D'un point de vue global, la plupart des textes mettent en avant l'idée de faire évoluer le métier d'assistant dentaire vers un assistant dentaire orienté en prévention et non de créer une nouvelle profession d'hygiéniste dentaire. En France, peu discutent en effet de la création d'un nouveau corps de métier mais plutôt d'une évolution de la profession d'assistant dentaire, et ce d'autant plus avec leur inscription récente au Code de la Santé Publique, qui est un des arguments mis en avant par les représentants des instances syndicales et les revues professionnelles.

Les représentants des instances ordinales discutent principalement les raisons et les réticences à la création du métier d'hygiéniste dentaire en utilisant notamment des arguments en lien avec l'Union Européenne. A l'inverse, ils discutent assez peu des conditions dans lesquelles pourrait se créer ce métier.

Les représentants des instances syndicales évoquent quant à eux principalement ces conditions. Les raisons et les freins sont également discutés dans le CDF.

Les textes parus dans les revues professionnelles développent les 3 thématiques mais n'évoquent que très peu l'Union Européenne comparativement aux autres professionnels.

D'une manière générale, le thème de l'Union Européenne est évoqué à la fois en tant qu'argument en faveur de la création du métier d'hygiéniste dentaire ainsi que comme réticence.

Les raisons évoquées en faveur se regroupent autour de deux questions :

- L'un des piliers fondateurs de l'Union Européenne étant basé sur la libre circulation des travailleurs en son sein se pose immédiatement la question du droit d'exercer son métier dans le pays européen d'accueil ;
- La relance de la croissance dans une Union Européenne présentant de lourdes difficultés économiques pourrait passer par l'accès partiel, la déréglementation et l'évolution de certaines professions (notamment l'exercice de l'odontologie) et la création de nouveaux métiers (celui ici d'hygiéniste dentaire).

A contrario, l'Union Européenne est également retrouvée comme argument expliquant les réticences de certains professionnels. Ils mettent en effet en avant la difficulté de garantir une égalité des compétences pour une profession, qui dans les différents pays, présente une diversité considérable tant au niveau de sa formation,

que de son environnement ou de ses actes. Il conviendrait d'abord que l'ensemble des gouvernements européens et des représentants des professionnels de l'équipe dentaire de chaque pays se mettent d'accord sur un cadre commun de formation et donc de compétences pour garantir une certaine harmonisation de la profession d'hygiéniste dentaire.

Un fait marquant est à relever ; concernant les données retrouvées, l'intérêt du patient, dans cette thématique de l'hygiéniste dentaire, est peu de fois mis en avant alors qu'il serait le principal bénéficiaire du champ de compétences de ces nouveaux professionnels hygiénistes dentaires, et qu'in fine, on pourrait s'attendre à une amélioration globale de la santé orale de la population française.

Par ailleurs au cours de cette analyse, 7 dénominations différentes ont été retrouvées, toutes provenant d'ailleurs des écrits des représentants des instances syndicales pour nommer les assistants dentaires orientés dans le domaine de la prévention, ce qui n'est pas étonnant tant l'on sait la valeur symbolique de l'appellation d'une profession pour ceux qui la pratiquent et ici ceux qui y seraient étroitement associés.

Nous pouvons constater une réflexion qui semble assez aboutie sur la formation et les compétences de ces assistants. En effet, alors que le texte de loi définitif sur le champ de compétences des assistants dentaires n'a pas encore été publié, certains semblent avoir une idée déjà bien précise voire catégorique sur le sujet, comme on peut le constater sur le Tableau 10.

La question de la responsabilité du chirurgien-dentiste par rapport à ce nouveau professionnel de la santé orale semble également être une question centrale pour l'ensemble des professionnels. Néanmoins en ce qui concerne le type de rapport de subordination entre cet hygiéniste et le chirurgien-dentiste, plusieurs pistes sont discutées : « sous supervision », « sous subordination », « sous l'autorité de », « avec contrôle effectif », « sous tutelle », « sous prescription ». Ceci soulève l'importance de définir clairement, d'un point de vue juridique les conditions de cet exercice.

Pour finir, les moyens économiques qui devront être mis en place sont évoqués par les représentants des instances syndicales et les auteurs des revues de professionnels. Premièrement se pose la question du financement de la formation de ces professionnels. Deuxièmement, se pose l'épineux problème du financement au sein des cabinets dentaires des actes de prophylaxie qui seraient ainsi réalisés par ces professionnels. En effet certains actes sont inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) comme les détartrages mais restent peu valorisés financièrement. Un texte rapporte notamment : « Comment un chirurgien-dentiste peut-il confier des tâches qui ne sont pas économiquement viables ? », l'exemple du détartrage est proposé : « en France c'est 28,95 €, en Suisse c'est 145 € ». D'autre part un certain nombre d'actes de prophylaxie, qui seraient sous la responsabilité de ces nouveaux professionnels, ne sont pour l'instant pas inscrits dans la CCAM ou ne sont pas prévus au remboursement par l'assurance maladie obligatoire, les mettant ainsi uniquement à la charge des assurances maladies complémentaires ou des ménages. Ce dernier constat rend nécessaire, dans l'idée de la création de ce corps de métier, la question des aspects financiers, et de façon prégnante celle de l'investissement financier possible / souhaité des ménages. Plus largement se (re)posent donc la question des inégalités sociales de santé, et de la place de la prévention dans un système de santé aujourd'hui clairement orienté vers le curatif.

## 5 Conclusion

A la lumière de ce travail, il paraît plus probable, pour ce qui concerne la France, que l'on s'oriente vers une possible évolution du métier d'assistant dentaire vers celui d'assistant dentaire orienté en prévention, plutôt que vers la création d'une nouvelle profession d'hygiéniste dentaire.

De nombreuses questions se posent alors à propos de ce corps professionnels « d'assistant dentaire orienté en prévention » :

- Quelle dénomination ?
- Quels cadres juridique et déontologique ?
- Quel type de formation ?
  - o Privée ou universitaire ?
  - o Avec quel financement ?
  - o En collaboration avec les étudiants de chirurgie dentaire ?
  - o En alternance ? Initiale et continue ?
  - o Nombre d'années d'étude ?
  - o Quel niveau d'étude sera donné ? Brevet de Technicien Supérieur ? Licence ?
  - o Etc.
- Un enregistrement auprès d'une autorité compétente ?
- Dans quel environnement professionnel ? Notamment quels rapports de collaboration / subordination avec les chirurgiens-dentistes (que ce soient en milieu libéral, en établissement scolaire, médico-économique ou hospitalier) ?
- Quels actes seront autorisés ?
- Quelle responsabilité juridique en cas de conflit avec des patients ou des collègues ?
- Quel financement pour ces actes de prophylaxie dont la plupart ne sont pas reconnus dans la CCAM ?
- Une revalorisation de certains actes de prophylaxie sera-t-elle envisagée en même temps que leur création ?

Et bien d'autres encore.

Certains émettent déjà des hypothèses ou proposent des pistes de réponses face à ces questions, mais du chemin reste encore certainement à parcourir avant que tous se mettent d'accord et que l'on voit arriver, dans les cabinets dentaires voire dans



divers établissements, ces « nouveaux » assistants dentaires orientés en prophylaxie. Néanmoins les représentants des différents syndicats et du Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes sont actuellement en discussion avec les instances politiques, et ce d'autant plus, avec l'inscription récente au Code de la Santé Publique des assistants dentaires, et l'insistance des instances européennes sur la question de la déréglementation et de l'accès partiel pour les hygiénistes dentaires.

Néanmoins, nous avons bien vu, à travers ce travail, que nous sommes face à une grande variabilité en matière d'exercice de la profession d'hygiéniste dentaire à travers l'Union Européenne, les discussions en France n'étant finalement que le reflet de celle-ci. Ainsi, on peut raisonnablement se demander si une harmonisation est possible au sein de l'Union Européenne, et à quel terme ? Pour le moment, aucun pays n'a entendu s'accorder sur une réforme de la profession, sans compter les pays qui, comme la France n'accepte pas sur leur territoire, l'exercice de cette profession d'hygiéniste dentaire. Plus largement, quelles garanties dans les compétences de ces professionnels et la sécurité des patients dans l'Union Européenne ? On peut en effet se poser la question de la possibilité d'ouvrir l'accès partiel à une profession si diverse dans sa formation tout comme dans son exercice.

La profession de chirurgien-dentiste, et plus largement la politique en matière de prévention, pourrait-elle se situer à l'aube d'un tournant majeur ? La France pourrait-elle trouver une partie de la solution en proposant aux patients d'accéder à une éducation à la santé bucco-dentaire via des assistants dentaires orientés en prévention ? Les avantages pour les patients semblent grands, encore faudrait-il que tous puissent en bénéficier ? Voire prioritairement ceux qui échappent aux dispositifs déjà existants ?

Au travers de ce sujet au cœur de l'actualité française, nous avons pu faire le constat de la situation actuelle au sein de l'Union Européenne et plus particulièrement en France. Beaucoup de changements semblent se profiler, il pourrait être intéressant de réactualiser les données européennes et d'analyser les nouveaux textes écrits en France sur ce thème dans les mois voire les années à venir.

## Références bibliographiques

1. legifrance.gouv.fr. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 120. 2016-41 janv 26, 2016.
2. Bourdillon F. Agence régionale de santé. Promotion, prévention et programmes de santé. inpes. 2009. 192 p. (Varia).
3. Gordon R. An operational classification of disease prevention. Public Health Rep. 1983;107- 9.
4. Bourdillon F. La prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé : les principes. Cours de santé publique, niveau PAES présenté à; 2004 2005; Université Pierre et Marie Curie.
5. ameli.fr. Les examens bucco-dentaires [Internet]. [cité 20 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/les-examens-bucco-dentaires/l-examen-bucco-dentaire-m-t-dents.php>
6. ameli.fr. L'EBD à destination des femmes enceintes [Internet]. [cité 8 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/chirurgiens-dentistes/exercer-au-quotidien/l-examen-bucco-dentaire-ebd/l-ebd-a-destination-des-femmes-enceintes.php>
7. ufsbd.fr. Programme associatif | UFSBD [Internet]. [cité 23 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-public/qui-sommes-nous/programme-associatif/>
8. ufsbd.fr. Faire avancer la prévention | UFSBD [Internet]. [cité 10 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-prises-de-parole-nos-convictions/nos-engagements/les-regles-de-prevention/>
9. ufsbd.fr. Materno-infantile | UFSBD [Internet]. 2012 [cité 2 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/materno-infantiles-1/>
10. ufsbd.fr. Enfants | UFSBD [Internet]. 2013 [cité 2 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/enfants/>
11. ufsbd.fr. Jeunes / Adolescents | UFSBD [Internet]. 2013 [cité 2 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/jeunes-adolescents/>
12. ufsbd.fr. Personnes âgées | UFSBD [Internet]. [cité 13 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/nos-actions/personnes-agees/>
13. ufsbd.fr. Populations à risques | UFSBD [Internet]. [cité 2 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/populations-a-risques/>
14. ufsbd.fr. Personnes handicapées | UFSBD [Internet]. [cité 2 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/personnes-handicapees/>
15. ufsbd.fr. Santé au travail | UFSBD [Internet]. [cité 2 août 2016]. Disponible sur:

<http://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/sante-au-travail/>

16. Regnault N, Chantry M, Azogui-Lévy S, Fosse-Edorh S. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Bull Epidemio Hebd [Internet]. 2014;(30-31). Disponible sur: [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/30-31/2014\\_30-31\\_4.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/30-31/2014_30-31_4.html)
17. Benguigui M, Girault É, Morel M. Vingt ans d'action globale de santé scolaire dans le Val-de-Marne. (417):20.
18. valdemarne.fr. La santé bucco-dentaire [Internet]. [cité 4 août 2016]. Disponible sur: <http://www.valdemarne.fr/le-conseil-departemental/enfance/education/protection-maternelle-et-infantile-pmi/la-sante-bucco-dentaire>
19. Pirnay P, Folliguet M. Soins dentaires aux personnes âgées dépendantes. Soins Gérontologie. nov 2013;18(104):16- 9.
20. missionsignal.fr. Tout savoir sur l'hygiène bucco-dentaire [Internet]. missionsignal. 2014 [cité 4 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.missionsignal.fr/la-marque/notre-engagement-aupres-ecoles/>
21. colgate.com. Programme scolaire Colgate® [Internet]. [cité 4 sept 2016]. Disponible sur: <http://programme-scolaire.colgate.fr/>
22. Calvet L, Moisy M, Chardon O, Gonzalez L, Guignon N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. juill 2013; Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf>
23. Information Dentaire. M'T dents sanctuarisé et étendu. Inf Dent. 9 nov 2016;(38).
24. Dupré C, Guégan R, Roland E. La santé bucco-dentaire des adultes de 35 à 44 ans examinés dans les Centres d'examen de santé entre 1999 et 2003 [Internet]. 2005. Disponible sur: [http://www.invs.sante.fr/publications/2005/jvs\\_2005/poster\\_1.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2005/jvs_2005/poster_1.pdf)
25. Catteau C, Blaizot A, Duhamel A, Delzenne A, Devillers A, Frimat P. Santé dentaire et facteurs associés dans un service de santé au travail du Nord (France). Santé Publique. 2013;25(6):747- 55.
26. Lengagne P, Penneau A, Pichetti S, Sermet C. L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages. Questions d'économie de la santé [Internet]. avril 2014;(197). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/197-l-acces-aux-soins-dentaires-ophtalmologiques-et-gynecologiques-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.pdf>
27. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Parodontopathies: diagnostic et traitements. Paris; 2002 Mai.
28. Paquette DW. The periodontal-cardiovascular link. Compend Contin Educ Dent Jamesburg NJ 1995. sept 2004;25(9):681- 2, 685- 92; quiz 694.
29. ufsbd.fr. Suppression des programmes d'accompagnement MT Dents à l'école une

- décision qui inquiète [Internet]. 2014 [cité 22 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/09/Suppression-des-programmes-daccompagnement-MT-Dents-%C3%A0-1%C3%A9cole-une-d%C3%A9cision-qui-inqui%C3%A8te-IUFSBD.pdf>
30. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
31. Jeanblanc G, Poullie A-I. Stratégie de prévention de la carie dentaire [Internet]. 2010 mars. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges\\_rapport\\_cariedentaire\\_version\\_postcollege-10sept2010.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf)
32. Legrain M, Tubiana M. Comment développer et améliorer les actions de prévention dans le système de santé français ? [Internet]. 2002 mai. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100034922/>
33. Dévoué E. Les enjeux de la régulation spatiale des dépenses de santé bucco-dentaire en France. Rev D'Économie Régionale Urbaine. 1 janv 2012;février(1):107- 24.
34. Haïkel Y, Hescot P. L'Europe face à la carie [Internet]. 2002. Disponible sur: <http://www.adf.asso.fr/fr/presse/dossiers-de-presse-congres/dossiers-de-presse/file/84-lodontologie-en-europe>
35. Riordan. Le plus grand cabinet dentaire du monde prévention et thérapeutique pour 270000 écoliers. Quelle santé publique dentaire, pour quel système de santé? [Internet]. 24 oct 2002; Disponible sur: [http://doc.hubsante.org/opac/doc\\_num.php?explnum\\_id=6973](http://doc.hubsante.org/opac/doc_num.php?explnum_id=6973)
36. Folliguet M. Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées [Internet]. 2006 mai. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention\\_bucco-dentaire\\_chez\\_les\\_personnes\\_agees.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf)
37. Baumgartner W, Schimmel M, Müller F. Santé bucco-dentaire et soins dentaires chez la personne âgée en situation de dépendance. Swiss Dent J [Internet]. avr 2015;125. Disponible sur: [https://www.sso.ch/fileadmin/upload\\_sso/2\\_Zahnaerzte/2\\_SDJ/SDJ\\_2015/SDJ\\_4\\_2015/SDJ\\_2015-04\\_baumgartner\\_F.pdf](https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/2_SDJ/SDJ_2015/SDJ_4_2015/SDJ_2015-04_baumgartner_F.pdf)
38. Rozier RG, Sutton BK, Bawden JW, Haupt K, Slade GD, King RS. Prevention of early childhood caries in North Carolina medical practices: implications for research and practice. J Dent Educ. 1 sept 2003;67(8):876- 85.
39. Etats-Unis: Medicare et Medicaid. oct 2000;(185). Disponible sur: [http://www.alternatives-economiques.fr/etats-unis-medicare-et-medicaid\\_fr\\_art\\_140\\_14529.html](http://www.alternatives-economiques.fr/etats-unis-medicare-et-medicaid_fr_art_140_14529.html)
40. Pahel BT, Rozier RG, Stearns SC, Quiñonez RB. Effectiveness of Preventive Dental Treatments by Physicians for Young Medicaid Enrollees. Pediatrics. mars 2011;127(3):e682- 9.
41. Stearns SC, Rozier RG, Kranz AM, Pahel BT, Quiñonez RB. Cost-effectiveness of preventive oral health care in medical offices for young Medicaid enrollees. Arch Pediatr

Adolesc Med. oct 2012;166(10):945- 51.

42. Chen CJ-A, Ling KS, Esa R, Chia JC, Eddy A, Yaw SL. A school-based fluoride mouth rinsing programme in Sarawak: a 3-year field study: School-based fluoride mouth rinsing programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 16 juin 2010;38(4):310- 4.

43. Sakuma S, Ikeda S, Miyazaki H, Kobayashi S. Fluoride mouth rinsing proficiency of Japanese preschool-aged children. *Int Dent J.* juin 2004;54(3):126- 30.

44. ifdh.org. Faits sur les hygiénistes dentaires et la santé bucco-dentaire [Internet]. [cité 9 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.ifdh.org/res-facts.html>

45. erodental.org. Resolution : dental hygienist profile [Internet]. [cité 9 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.erodental.org/service/search-results/?Search=dental+hygienist>

46. Crawford R. Cent ans de service, Étudiants, auxiliaires et agrément. 2002; Disponible sur: [https://www.cda-adc.ca/\\_files/about/about\\_cda/history/fre\\_HSPart9.pdf](https://www.cda-adc.ca/_files/about/about_cda/history/fre_HSPart9.pdf)

47. adha.org. Facts About the Dental Hygiene Workforce [Internet]. 2016 [cité 5 déc 2016]. Disponible sur: [https://www.adha.org/resources-docs/75118\\_Facts\\_About\\_the\\_Dental\\_Hygiene\\_Workforce.pdf](https://www.adha.org/resources-docs/75118_Facts_About_the_Dental_Hygiene_Workforce.pdf)

48. Luciak-Donsberger C. Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe. *Int J Dent Hyg.* 2003;1(1):29- 42.

49. Kravitz AS, Bullock A, Cowpe J, Barnes E. Manual of dental practice 2015. The Council of European Dentists. 5.1 éd. févr 2015;1- 420.

50. Quilliet P, L'Hopital A-S, Bourgeois D, Muller-Bolla M. Professions annexes aux dentistes de l'union européenne. *Actual Odonto-Stomatol.* 2008;(241):39- 52.

51. L'Herron R. Adoption d'une déclaration sur les hygiénistes dentaires. *Le Chirurgien-Dentiste de France.* 6 avr 2015;(1665).

52. europarl.europa.eu. Libre circulation des travailleurs | Fiches techniques sur l'Union européenne | Parlement européen [Internet]. [cité 11 mai 2016]. Disponible sur: [http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/fr/displayFtu.html?ftuId=FTU\\_3.1.3.html](http://www.europarl.europa.eu/atyourservice/fr/displayFtu.html?ftuId=FTU_3.1.3.html)

53. Journal officiel. Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n ° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur ( «règlement IMI» ) Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE [Internet]. déc 28, 2013 p. p.132- 70. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32013L0055>

54. ordre-chirurgiens-dentistes.fr. La Lettre 139 [Internet]. Disponible sur: [http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/LA\\_LETTRE\\_139\\_03.pdf](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/uploads/media/LA_LETTRE_139_03.pdf)

55. legifrance.gouv.fr. Code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=E205E7689CB83D6C737C714641868C8F.tpdila22v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000031920783&cidTexte=LEGITEXT0000060](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=E205E7689CB83D6C737C714641868C8F.tpdila22v_2?idSectionTA=LEGISCTA000031920783&cidTexte=LEGITEXT0000060)

72665&dateTexte=20161109

56. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes/ L'entretien. Armand Colin. 2; 2007.

## Annexes

### ***Annexe 1 : Adresses des liens internet des pays de l'Union Européenne ayant autorisé l'activité d'hygiéniste dentaire***

Communes à l'ensemble des pays :

<http://www.ifdh.org/>

<http://www.aos-journal.org/articles/aos/pdf/2008/01/aos2008241p39.pdf>

Allemagne :

<http://www.ddhv.de/>

Autriche :

[www.dentalhygienists.at](http://www.dentalhygienists.at)

Danemark :

[www.denmark.dk/en](http://www.denmark.dk/en)

<https://www.ond.pt/europa/cedmanual/2014/2014/ced-manual-dinamarca.pdf>

Espagne :

<http://www.hides.es/>

<http://www.folgueravicent.com/node/2>

Finlande :

[www.suuhygienistiliitto.fi](http://www.suuhygienistiliitto.fi)

<http://www.suuhygienistiliitto.fi/koulutus/suuhygienistikoulutus/>

Hongrie :

[http://www.felvi.hu/felveteli/egyetemek\\_foiskolak/IntezmenyiOldalak/meghirdetes.php?meg\\_id=136233](http://www.felvi.hu/felveteli/egyetemek_foiskolak/IntezmenyiOldalak/meghirdetes.php?meg_id=136233)

Irlande :

<http://www.dentist.ie/>

<http://www.dentist.ie/careers-in-dentistry/dental-hygienist.145.html>

<https://www.ucc.ie/en/dipdh/>

Italie :

[www.aiditalia.it](http://www.aiditalia.it)

<http://www.aiditalia.it/sedi-corsi-di-laurea/>

[http://www.aiditalia.it/wp-content/uploads/pdf/competenze\\_ps\\_II.pdf](http://www.aiditalia.it/wp-content/uploads/pdf/competenze_ps_II.pdf)

[http://www.scuolamed.uniupo.it/sites/default/files/elfinder\\_library/PDF/B\\_Igiene%20dentale\\_tabella\\_corsi%202016-2017.pdf](http://www.scuolamed.uniupo.it/sites/default/files/elfinder_library/PDF/B_Igiene%20dentale_tabella_corsi%202016-2017.pdf)

<http://www.aiditalia.it/ligienista-dentale-2/leggi-e-normative/>

Lettonie :

<http://zobuhigienisti.lv/>

<http://zobuhigienisti.lv/en/karjera/ka-klut-par-zobu-higienistu#.WAMhdz9N6Ru>

Lituanie :

<http://www.kaunokolegija.lt/stojantiesiems/studiju-programos/biomedicinos-mokslu-studiju-sritis/burnos-higiena/>  
<http://www.kaunokolegija.lt/wp-content/uploads/2012/10/Burnos-higiena-LT.pdf>

Malte :

<http://maltahygienists.com/>  
<http://maltahygienists.com/index.php/about-us/the-dental-hygienist>  
<http://www.um.edu.mt/ds/overview/UBSCHIDNYFT-2015-6-O>

Pays-Bas :

<http://www.mondhygienisten.nl/>  
<http://leden.mondhygienisten.nl/index.php/vakinformatie/de-mondhygienist-prijsvraag>  
<https://www.han.nl/international/english/admissions/admission-criteria/>

Pologne :

<https://www.apedukacja.pl/higienistka-stomatologiczna,779.html>

Portugal :

[www.apho.pt](http://www.apho.pt)  
<http://www.cespu.pt/en/education/admission-requirements/>

République Tchèque :

[www.asociacedh.cz/](http://www.asociacedh.cz/)  
<http://www.dhskola.cz/uchazeci/prijimaci-rizeni/denni-studium/>

Royaume-Uni :

<http://www.bsdht.org.uk>  
<http://www.birmingham.ac.uk/undergraduate/requirements/index.aspx>

Slovaquie :

<http://www.adhs.sk/>  
<http://www.unipo.sk/en/7566/>

Suède :

[www.tandhygienistforening.se](http://www.tandhygienistforening.se)  
<http://www.tandhygienistforening.se/yrket/utbildning>  
[https://www.antagning.se/se/search?publisher=hkr&period=HT\\_2016&freeText=HKR-HKR-13823](https://www.antagning.se/se/search?publisher=hkr&period=HT_2016&freeText=HKR-HKR-13823)



***Annexe 2 : Textes sélectionnés ayant fait l'objet d'une analyse de contenu classés selon les différents membres de professionnels dans le domaine de la santé bucco-dentaire numérotés de 1 à 24***

- 1 : La Lettre n°137 Mai 2015
- 2 : La Lettre n°139 Juillet août 2015
- 3 : La Lettre n°145 Février-Mars 2016
- 4 : La lettre n°148 Juin 2016
- 5 : Le Chirurgien-Dentiste de France n°1607-1608 20-27 février 2014
- 6 : Le Chirurgien-Dentiste de France n°1617-1618 1<sup>er</sup>-8 mai 2014
- 7 : Le Chirurgien-Dentiste de France n°1619-1620 22-29 mai 2014
- 8 : Le Chirurgien-Dentiste de France n°1624 26 juin 2014
- 9 : Le Chirurgien-Dentiste de France n°1639 13 novembre 2014
- 10 : Le Chirurgien-Dentiste de France n°1665 4 juin 2015
- 11 : Le Chirurgien-Dentiste de France n°1669-1670 2-9 juillet 2015
- 12 : Le Chirurgien-Dentiste de France n°1706 28 avril 2016
- 13 : Le Chirurgien-Dentiste de France n°1709 26 mai 2016
- 14 : Convergence n°12 2014
- 15 : Convergence n°12 2014
- 16 : Convergence n°13 2015
- 17 : Infos Femmes Chirurghiens Dentistes n°35 Juillet 2015
- 18 : Infos Femmes Chirurghiens Dentistes n°34 Novembre 2014
- 19 : FSDL le 4 novembre 2015
- 20 : L'Information Dentaire n°15 16 avril 2014
- 21 : L'Information Dentaire n°13 1<sup>er</sup> avril 2015
- 22 : L'Information Dentaire n°15/16 22 avril 2015
- 23 : L'Information Dentaire n°35 14 octobre 2015
- 24 : L'Information Dentaire n°15/16 13 avril 2016

**Le métier d'hygiéniste dentaire en Europe.  
Et pourquoi pas en France ?**

**COPPIN Bertille**- 73 p. ; 56 réf.

**Domaines** : Prévention ; Hygiène

**Mots clés Rameau**: dent-soin-hygiène-France ; assistant dentaire-Europe ; prophylaxie dentaire

**Mots clés FMeSH**: hygiène bucco dentaire ; prophylaxie dentaire ; hygiénistes dentaires-Europe ; hygiénistes dentaire-enseignement et éducation ; revue de littérature

**Résumé de la thèse :**

L'hygiéniste dentaire exerce une profession tournée vers la prévention de la santé orale et l'éducation thérapeutique des patients, en collaboration avec le chirurgien-dentiste, et ce dans une vision globale de la santé. Ce travail se découpe en 3 grands chapitres.

Dans un premier temps, les principales mesures de prévention en santé orale existant dans le pays sont rapportées ainsi que les constats que l'on peut en tirer. Ensuite, différentes mesures de prévention bucco-dentaire à travers le monde, dont le travail des hygiénistes dentaires fait partie, sont rapportés.

Dans un second temps, a été réalisé un travail synthèse des données disponibles sur la formation, l'environnement professionnel et les actes autorisés des hygiénistes dentaires dans les différents pays de l'Union Européenne.

Enfin dans un troisième temps, une analyse de contenu par thématique a été conduite à partir des textes écrits entre 2014 et 2016 par différents membres de professionnels de la santé orale en France (représentants des instances ordinales, des instances syndicales et auteurs de revues professionnelles nationales) sur la question des hygiénistes dentaires dans le but de décrire les différents points de vue sur la situation actuelle en France. Cela nous a conduit à analyser les raisons et les freins à la création du métier d'hygiéniste dentaire en France ainsi que les conditions à discuter si la législation Française autorisée la profession.

**JURY :**

**Président : Monsieur le Docteur Guillaume PENEL**

**Assesseurs : Madame le Docteur Céline CATTEAU**

**Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT**

**Monsieur le Docteur Philippe DECOCQ**

**Membre invité : Monsieur le Docteur Kevimy AGOSSA**