



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 17 OCTOBRE 2017

Par Antoine WISEUR

Né le 01 MAI 1991 à Lens – France

**Le chirurgien-dentiste, acteur de santé publique :
Pour une prise en charge globale du patient**

JURY

Président :	Monsieur le Professeur Thomas COLARD
Assesseurs :	Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT
	Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT
	<u>Madame le Docteur Sarah LHOMME</u>

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 :	Pr. X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services :	P-M. ROBERT
Doyen :	Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens :	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 :

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice – Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous-Section d'Orthopédie Dento- Faciale
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice - Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	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. OLEJNIK	Sciences Biologiques

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

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.

Remerciements

Aux membres du jury...

A Monsieur le Professeur Thomas COLARD,

Professeur des universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur au Muséum National d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, je vous en remercie très sincèrement.

Qu'il me soit permis de vous exprimer ici ma très vive reconnaissance, ma sincère admiration et mon profond respect.

A Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT,

Maitre de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

Master Recherche Biologie Santé, spécialité Physiopathologie et Neurosciences

Responsable de la Sous-section Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie.

Pour avoir accepté de juger mon travail. Je suis reconnaissant de l'accompagnement et de l'énergie dont vous faites preuve en clinique et en travaux pratiques auprès des étudiants. Je vous remercie.

A 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 – Spécialités 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 épidémiologique 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 épidémiologique clinique. Université Paul Sabatier Toulouse III

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

Vous avez accepté, avec beaucoup de gentillesse, de siéger dans ce jury.

Veuillez trouver ici l'assurance de mes sincères remerciements et de ma profonde gratitude.

WISEUR Antoine

A Madame le Docteur Sarah LHOMME,

Assistante Hospitalo-Universitaire – Service de Chirurgie Buccale

Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master I de Biologie Cellulaire – Université de Lille

Certificat d'Etudes Supérieures de Parodontologie – Université de Paris V

Diplôme Universitaire d'Implantologie Chirurgicale et Prothétique – Université de Paris VII

Diplôme Universitaire Clinique d'Occlusodontie et d'Equilibre Corporel – Université de Lille

Merci d'avoir accepté de reprendre cette direction de thèse en cours de rédaction, de vos corrections et de vos conseils, de votre gentillesse et disponibilité, de votre aide à la préparation de ce jour important.

Table des matières

1	Introduction.....	12
2	Situations concernées.....	15
2.1	Maladies Chroniques (7,8).....	15
2.1.1	En rapport direct avec la chirurgie dentaire.....	17
2.1.1.1	Hypertension artérielle (HTA)	17
2.1.1.2	Diabète	18
2.1.1.3	Dyslipidémies	19
2.1.2	En rapport indirect avec la chirurgie dentaire	20
2.1.2.1	Surpoids, alimentation et pratique sportive.....	20
2.1.2.2	VHB - VHC - VIH	23
2.2	Vaccins	25
2.2.1	En rapport direct avec la chirurgie dentaire.....	26
2.2.1.1	HPV.....	26
2.2.2	En rapport indirect ou sans rapport avec la chirurgie dentaire	27
2.2.2.1	Vaccins infantiles (DTPC- ROR - Méningite C - HiB - VHB)	27
2.2.2.2	Grippe.....	28
2.2.2.3	Tuberculose.....	29
2.3	Addictions	30
2.3.1	Tabac.....	32
2.3.2	Alcool	34
2.3.3	Cannabis	35
2.3.4	Autres drogues.....	36
2.3.5	Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) (46)	37
2.3.6	Autres.....	38
2.4	Cancer	39
2.4.1	En rapport direct avec la chirurgie dentaire.....	39
2.4.1.1	Dépistage / Prévention	39
2.4.1.1.1	ORL.....	39
2.4.2	En rapport indirect ou sans rapport avec la chirurgie dentaire	40
2.4.2.1	Prévention/information.....	40
2.4.2.1.1	Côlon.....	41
2.4.2.1.2	Peau.....	42
2.4.2.1.3	Seins	43
2.4.2.1.4	Utérus	43
2.4.2.1.5	Autres.....	44
2.5	Grossesse	45
2.6	Participation à la Santé Publique générale au bénéfice de la société.....	47
2.6.1	Don du sang.....	47
2.6.2	Don de moelle osseuse.....	48
2.6.3	Don d'organes	49
2.6.4	Vaccination.....	52
2.7	- Assistance aux personnes en difficulté	53
2.7.1	Femmes victimes de violences	53
2.7.2	Enfant maltraité (66).....	55
2.7.3	Dépression et problèmes psychologiques.....	58
2.8	Autres	60

3	Moyens	61
3.1	Création d'une fiche récapitulative pour le praticien	61
3.2	Fiche récapitulative	61
4	Discussion.....	63
5	Conclusion	65
	Références bibliographiques	66
	Annexes	72
	Annexe 1 : Brochure de prévention. Incitation au vaccin HPV.	72
	Annexe 2 : Test de Fågerstrom	73
	Annexe 3 : Arbre décisionnel dans la prise en charge des patients fumeurs	74
	Annexe 4 : Affiches de prévention/dépistage pour certains cancers vues au CHR de Lille, Hôpital Oscar Lambret.	76
	Annexe 5 : Brochures diverses à propos des dépistages des cancers qui bénéficient d'un programme national	78
	Annexe 6 : Affiche du Conseil National de l'Ordre à propos des violences faite aux femmes.	82

1 Introduction

Selon l'article L.4141-1 du code de Déontologie (1), « la pratique de l'Art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies congénitales ou acquises, réelles ou supposées, de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants, suivant les modalités fixées par le code de Déontologie de la profession mentionné à l'article L. 4127-1. »

Néanmoins, le rôle du Chirurgien-Dentiste ne se limite pas à cela. En effet, selon l'article 4127-202 « Le chirurgien-dentiste, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il est de son devoir de prêter son concours aux actions entreprises par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé. »

De plus, l'article L1110-1 du code de santé publique nous indique : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible » (2).

La santé publique s'entend comme « Une activité organisée de la société visant à promouvoir, à protéger, à améliorer et, le cas échéant, à rétablir la santé de personnes, de groupes ou de la population entière. Elle est le fruit d'un ensemble de connaissances scientifiques, d'habiletés et de valeurs qui se traduisent par des actions collectives par l'entremise de programmes, de services et d'institutions visant la protection et l'amélioration de la santé de la population. Le terme « santé publique » peut décrire un concept, une institution sociale, un ensemble de disciplines scientifiques et professionnelles et de technologies, ou une pratique. La santé publique constitue à la fois une façon de penser, un ensemble de disciplines, une institution de la société et une forme de pratique » (3).

Au cours de son exercice, le chirurgien-dentiste est amené à questionner ses patients sur leur état de santé général et leurs habitudes sanitaires. De plus, le fait de discuter avec les patients nous apprend parfois des éléments qu'ils ne nous ont pas forcément révélés dans le questionnaire médical (Ils peuvent en avoir honte, ne pas voir le rapport avec les dents, tout simplement l'oublier, ne pas comprendre exactement notre question, etc.).

Nous percevons donc souvent des éléments sur la santé générale des patients qui ne nous concernent pas directement au niveau dentaire mais qu'il serait dommage de laisser sans suite car ils pourraient leur porter préjudice.

Il ne s'agit évidemment pas de prendre la place du médecin généraliste en intervenant sur des pathologies qui dépasseraient nos compétences, mais plus simplement de prodiguer un conseil minimal au patient, l'informer que nous décelons peut-être un problème vis à vis de son état de santé ou de ses habitudes sanitaires et lui conseiller d'en parler à son médecin traitant à sa prochaine visite.

L'intérêt du sujet sera de répondre à la question suivante : « Comment optimiser l'impact d'une « simple » visite chez le chirurgien-dentiste sur la santé globale du patient ? » (et pas seulement sur sa santé bucco-dentaire). En effet, nous savons que, dans de nombreux cas, pathologies générales et bucco-dentaires peuvent être liées, qu'un bon état de santé général influe sur une bonne santé bucco-dentaire – et vice-versa.

De plus, certains patients qui ont un suivi médical peu régulier – voire absent – peuvent malgré tout venir nous consulter lors d'un épisode douloureux ou infectieux important. Il s'agit donc parfois d'une opportunité rare de pouvoir informer le patient sur son état de santé.

Sur de nombreux sujets de prévention, la répétition du message est un élément-clé pour que l'idée fasse son chemin dans la population générale. Le fait qu'elle soit répétée par divers professionnels de santé de domaines variés ainsi que par des campagnes de prévention renforcent la crédibilité du message (4). De plus en plus de praticiens se regroupent dans des maisons de santé, cette appellation nécessite un projet de santé commun entre les différents professionnels de santé et ces établissements peuvent bénéficier de dotations de l'ARS (Agence Régionale de

Santé(5)). Ce projet de santé commun peut par exemple être construit sur la prévention, la diffusion des messages et la coopération entre les différentes spécialités cohabitant dans la maison de santé.

Enfin, selon l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), « Depuis la Seconde Guerre Mondiale, le soin est considéré comme le pilier quasi exclusif de notre système de santé. Or, il apparaît que les démarches de prévention – représentant seulement 7% de nos dépenses de santé – pourraient jouer un rôle fondamental pour améliorer nos indicateurs de santé, à côté des démarches classiques de soin. D'ailleurs, les inégalités de santé que l'on observe reposent plus sur des inégalités d'accès à la prévention que sur des inégalités d'accès aux soins. »

Nous parlerons ici de prévention primaire, secondaire et tertiaire comme défini par la HAS (Haute Autorité de Santé) : la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités ;

Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (par exemple : la vaccination et les actions sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (les dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence (6).

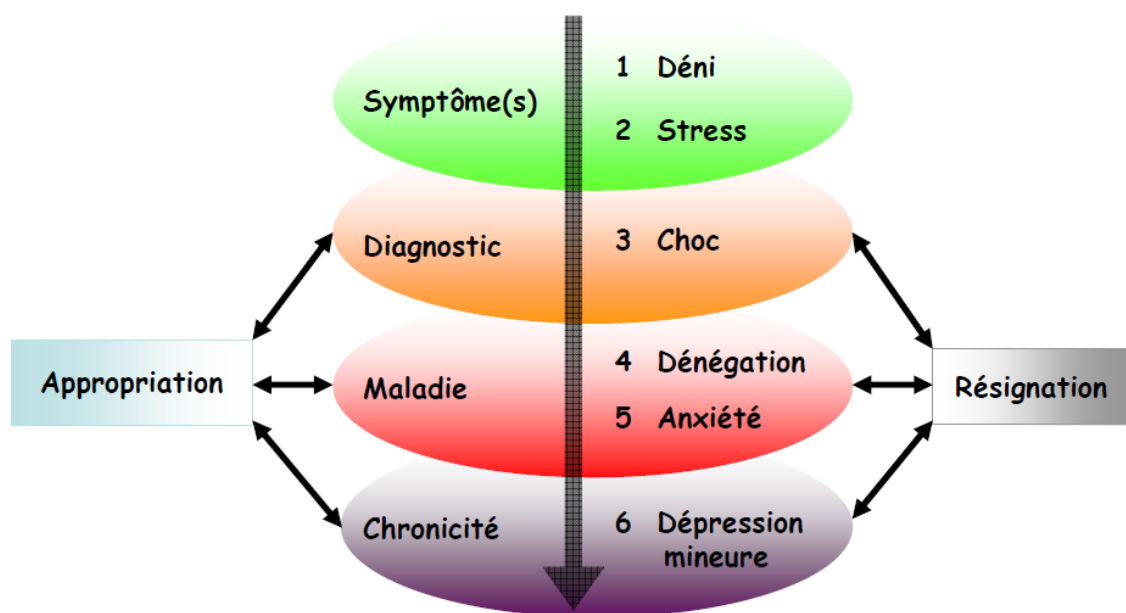
Dans ce travail nous nous intéresserons successivement à différents domaines dans lesquels une intervention de prévention est possible à savoir : les maladies chroniques, la vaccination, les addictions, la prévention des cancers, la grossesse, les dons de sang, de moelle et d'organe et enfin les états vulnérables.

2 Situations concernées

2.1 Maladies Chroniques (7,8)

Le chirurgien-dentiste, de par son exercice, est amené à prendre en considération de nombreuses pathologies qui peuvent avoir des répercussions sur ses diagnostics, ses actes techniques, ses ordonnances, etc.

Un nombre non négligeable de ces pathologies sont chroniques et nécessitent donc un suivi sur le long terme. En effet, les maladies chroniques se caractérisent par des phases psychologiques similaires aux phases du deuil, c'est à dire avec parfois le déni de la maladie, parfois l'acceptation résignée, parfois l'acceptation combative en passant par la colère ou le marchandage, ce qui entraîne des comportements variés et qui ne sont pas forcément fixés (9).



Modèle de l'appropriation de la maladie chronique (Ninot et Roche, 2009)

Figure 1 : Modèle de l'appropriation de la maladie chronique (10)

Les patients se rapprochent aussi au niveau psychologique du modèle de Prochaska pour les addictions (11). Que ce soit pour une habitude qu'ils ne veulent d'abord pas remettre en cause (patient heureux, « pré-contemplatif ») ou par rapport à l'observance ou plutôt la non-observance d'un traitement. Ils peuvent passer par des

phases de motivation/démotivation/remotivation rythmées par leur vie personnelle (leur stress, leurs émotions, leur style de vie, leurs fréquentations). Des crises peuvent survenir remettant en cause leurs priorités et leurs valeurs.

Ainsi en fonction de ces stades, l'attitude thérapeutique sera différente et le tableau ci-dessous donne des pistes en fonction de l'état d'esprit du patient

Etat d'esprit du patient	Attitude du soignant
Consommateur heureux Ne souhaite pas modifier son comportement	Faire naître le doute
Consommateur indécis. Ambivalence avantages & inconvénients	Créer une balance décisionnelle
Consommateur qui veut passer à l'action prochainement	Planifier un programme d'action
Arrêt. Modification comportement de plusieurs mois Haut risque de rechute	Accompagner le patient dans les étapes du changement
Arrêt et nouveaux comportement dans son habitude de vie	Aider à identifier et utiliser stratégies de prévention de la rechute
Régression: est retourné au stade précédent Rechute: il a repris son comportement sur le long terme	Retour à la balance décisionnelle en évitant la paralysie par la culpabilité

Figure 2 : Tableau des stades de l'état d'esprit du patient et de l'attitude appropriée du soignant.

En tant que chirurgien-dentiste, le problème comportemental chronique le plus fréquent dans notre exercice courant est l'absence totale ou partielle de brossage. Cela répond aux mêmes règles que les pathologies chroniques ou les comportements à risque évoqués plus tôt. Nous gérons cela par une éducation thérapeutique du patient et des entretiens motivationnels (12). Cela nous permet de comprendre pourquoi le patient agit de cette façon que nous percevons comme nocive pour lui et pour trouver l'argument, qui, selon sa personnalité, pourra déclencher le « changement minimal » (la peur de perdre les dents, la peur d'avoir mal, l'importance de l'esthétique, le plaisir de manger tel ou tel aliment) pour commencer à modifier le comportement du patient.

C'est donc avec ce même état d'esprit de compréhension et d'accompagnement individuel que nous pouvons aborder les autres pathologies chroniques (13).

Il existe de nombreux liens entre la santé générale du patient et ses atteintes (les maladies chroniques) et la santé bucco-dentaire et notamment l'aspect parodontal. Les relations existent parfois dans un sens, parfois dans l'autre, parfois dans les deux. Ainsi lorsque nous agissons sur la santé parodontale de nos patients nous avons aussi des répercussions sur leur santé globale, et inversement quand nous les considérons dans leur globalité, nous pouvons espérer des répercussions sur leur santé bucco-dentaire.

2.1.1 En rapport direct avec la chirurgie dentaire

2.1.1.1 Hypertension artérielle (HTA)

L'hypertension artérielle (HTA) est une pathologie chronique dont les causes sont multifactorielles (notamment l'âge, le tabac, l'hérédité, le surpoids). En France, on estime que 10 millions de personnes sont traitées alors que 4 millions ne sont pas au courant de leur hypertension. C'est un facteur de risque majeur pour les maladies cardio-vasculaires, qui causent chaque année de nombreuses morts. Le chirurgien-dentiste est confronté à de nombreux patients présentant cette pathologie et l'anamnèse médicale prend déjà en compte cette dimension de par le fait que cette pathologie pose des contraintes à notre exercice soit directement, soit par les traitements qu'elle génère et qui peuvent être source d'interaction médicamenteuses. Le chirurgien-dentiste s'enquiert donc systématiquement de la présence d'HTA mais aussi de son suivi régulier par le médecin généraliste et de savoir si elle est bien équilibrée, et par quels traitements. Néanmoins, il n'est pas rare qu'au cours de l'entretien, un patient nous confie qu'il n'a pas fait renouveler son ordonnance, ou qu'il n'est plus suivi régulièrement car il considère que c'est « inutile, qu'il va bien, qu'il n'a pas le temps de s'occuper de ça, etc. »

Au-delà du fait que cela puisse contre-indiquer le soin prévu, il s'agit à ce moment d'identifier que le patient subissant cette pathologie chronique est dans une phase de rejet de son traitement, d'en trouver la cause et de pouvoir le remotiver afin de retrouver une bonne observance thérapeutique. Il faut donc à la fois l'orienter vers son médecin traitant tout en trouvant les mots pour le convaincre d'y aller

effectivement. Nous agissons donc essentiellement à un niveau de prévention tertiaire : notre exercice ne se prête pas directement à la prévention secondaire mais si lors du questionnaire médical nous apprenons que le patient ne voit pas un médecin généraliste régulièrement, nous pouvons lui conseiller de faire un bilan de santé. Quant à la prévention primaire elle se fait sur ses facteurs de risques sur lesquels nous reviendrons.

Evidemment, nous pouvons aussi nous servir des liens de corrélation existant entre HTA et parodontite (14), pour donner une raison supplémentaire à un patient souffrant de l'une ou l'autre de ces pathologies de les traiter conjointement.

2.1.1.2 Diabète

Le diabète est une pathologie chronique qui est causée par un défaut de la régulation de la glycémie : l'hyperglycémie qui en résulte provoque des dommages aux tissus, notamment en ce qui nous concerne, au niveau des gencives en entraînant des maladies parodontales. Mais la relation est à double sens : les maladies parodontales et les infections dentaires participent au déséquilibre du diabète. Ainsi nous pouvons faire de la prévention secondaire en dépistant un diabète de type II (15) par la prescription d'un BBS complet (Bilan Biologique Sanguin) lors d'une consultation parodontale. Une prévention primaire pourra être également effectuée grâce aux conseils diététiques donnés (réduction en apports sucrés, légumes à chaque repas) mais également par la prévention du surpoids, de l'HTA et de l'hypercholestérolémie ou encore par la promotion d'une activité physique régulière (voir la partie correspondante.)

On estime qu'environ 5 millions de personnes souffrent du diabète en France, c'est la première cause d'amputation hors accidents, la première cause de cécité après 65 ans et un facteur de risque cardio-vasculaire (16).

Nous nous soucions donc du diabète sur plusieurs plans :

- à cause des modifications qu'il entraîne (salive différente, hypoglycémie au fauteuil, xérostomie, etc.) ;
- à cause de ses complications qui modifient notre prise en charge du patient (tendance à la parodontopathie, à la carie, à l'infection, ...) ;
- à cause des traitements qui peuvent avoir des interactions avec certaines de nos prescriptions. ;
- à cause des répercussions sur la santé globale du patient (œil, rein, etc.).

Le diabète est une pathologie qui peut être très éprouvante de par la difficulté parfois rencontrée à équilibrer les traitements. Il faut donc une convergence des forces pour soutenir le patient dans une approche pluridisciplinaire où la prévention bucco-dentaire a toute sa place et des répercussions qui dépassent le cadre de la bouche. Il faut donc s'assurer systématiquement que nos patients diabétiques sont bien suivis, compliant aux traitements et avec un diabète équilibré. Si ce n'est pas le cas, il faudra leur expliquer une nouvelle fois l'importance du suivi et les réadresser vers leur médecin traitant. C'est la prévention tertiaire.

De notre côté, en expliquant au patient les liens existants entre bonne santé buccale et diabète équilibré, nous devons le motiver à poursuivre des contrôles réguliers et des suivis de soins. Ceci permet une mise en place des stratégies de prévention. Le but étant de prendre à temps les infections et parodontopathies et ce dès le plus jeune âge chez les patients atteints de diabète de type I. Les enfants sont en effet particulièrement sensibles aux complications engendrées.

2.1.1.3 Dyslipidémies

La dyslipidémie est la perturbation en excès, en défaut ou en qualité des composants lipidiques du plasma sanguin, les lipides. Cette dyslipidémie peut engendrer des risques cardiovasculaires. 10 millions de Français auraient un cholestérol total $\geq 2,5$ g/l, et 2 millions un Cholestérol Total > 3 g/l. Or, l'hypercholestérolémie est un facteur de risque d'athérosclérose, et par conséquent de pathologies coronaires, d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'ischémique et artériopathie oblitérante des membres inférieurs (17).

L'association entre la parodontite et les dyslipidémies fait encore à ce jour l'objet de débats. Certains auteurs plaident pour une relation à double sens. Le traitement de la parodontite réduit le taux de lipides circulants sauf le HDL-cholestérol (18).

En traitant la parodontite de nos patients, nous avons donc une action sur leur santé générale et c'est un argument à utiliser pour les rendre plus compliants aux soins parodontaux (19). De la même façon, bien que cela ne soit pas totalement établi, nous devons nous intéresser à leur taux de cholestérol en tant que facteur aggravant des parodontopathies (20).

Il faut donc vérifier systématiquement que leur dyslipidémie soit suivie par leur médecin généraliste, mais surtout que le traitement prescrit soit respecté. Dans le cas contraire, nous pouvons les remotiver et les orienter vers le prescripteur afin d'améliorer peut-être les explications sur les enjeux et les conséquences de la non-prise du traitement (prévention tertiaire).

Comme pour le diabète, les conseils diététiques donnés font partie de la prévention primaire et la mesure du taux de cholestérol lors d'un BBS participe à la prévention secondaire.

2.1.2 En rapport indirect avec la chirurgie dentaire

2.1.2.1 Surpoids, alimentation et pratique sportive

Article L3232-1 du Code de Santé Publique

« La prévention de l'obésité et du surpoids est une priorité de la politique de santé publique. »

L'alimentation, l'activité physique et l'état nutritionnel sont des déterminants majeurs des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, certains cancers, le diabète, l'obésité morbide ou l'ostéoporose. L'OMS a défini l'obésité comme la première épidémie non infectieuse de l'Histoire.

En France, le nombre de patients souffrant de surpoids et d'obésité a progressé ces dernières années. Bien que la génétique puisse être un des facteurs, elle n'explique pas cette augmentation soudaine qui trouve ses principales causes dans des

comportements sociaux et des habitudes alimentaires, tous deux étant des facteurs modifiables (21).

De plus, la prévention de mauvaises habitudes alimentaires et notamment celles des sucres (le sirop dans l'eau, ou parfois cachés, tels les chips) fait entièrement partie de la mission du chirurgien-dentiste et se recoupe avec la prévention du surpoids (22).

Tableau 1 - Prévalence du sous-poids, du surpoids et de l'obésité selon le sexe

en %			
	1981	1992	2003
Hommes			
Sous-poids	1,9	1,7	1,8
Surpoids	30,0	30,9	34,8
Obésité	5,3	5,5	9,8
Femmes			
Sous-poids	8,5	7,8	6,7
Surpoids	16,3	17,9	21,2
Obésité	5,3	6,2	10,2

Lecture : en 1981, 1,9 % des hommes étaient en situation de sous-poids.

Champ : individus de 18 à 65 ans, résidant en France métropolitaine.

Source : enquêtes Santé, Insee.

Figure 3 : Prévalence du sous-poids, du surpoids et de l'obésité selon le sexe.

Le poids du patient, sa taille et donc son Indice de Masse Corporelle (IMC), (un indice qui a ses limites, mais qui reste largement utilisé) sont très facilement accessibles au praticien parce qu'ils sont, d'une part, souvent demandés lors de l'anamnèse médicale et, d'autre part car il est assez aisé de se faire visuellement une idée d'un sur/sous-poids. Les conséquences du surpoids et de l'obésité sont multiples (risque d'augmentation de l'hypertension artérielle, du diabète, du cholestérol, d'apnée du sommeil, d'inflammation chronique favorisant le développement de certains cancers...C'est ce qu'on appelle le syndrome métabolique qui regroupe donc les pathologies vues dans les parties précédentes. La prévention du surpoids est donc également une prévention primaire de ces pathologies.

Bien que plus d'un tiers de la population soit en surpoids, cela reste une question délicate à aborder car le patient peut se vexer (d'où l'importance d'un tact et d'une formulation précise pour aborder le sujet). Encore faut-il que le patient soit conscient de la répercussion néfaste de son surpoids sur sa santé et ne soit pas dans un état "contemplatif" par rapport à cet état de fait.

En dentisterie esthétique, il est fréquent d'utiliser la question « Etes-vous satisfait de votre sourire ? » afin de permettre au patient de livrer ses impressions (sans lui donner les nôtres) et de ne pas complexer inutilement quelqu'un dont le sourire n'entrerait pas dans les standards mais dont il serait satisfait. De la même façon, l'usage de la question « Etes-vous satisfait de votre poids ? » intégrée dans un questionnaire médical standard, délivré au patient à son arrivée et à remplir en salle d'attente, paraît être une façon appropriée d'aborder ce problème : elle se centre sur le patient, n'est pas agressive ou moralisatrice. Elle permet de percevoir la différence entre les patients qui sont conscients de leur problème de poids (même s'ils n'agissent pas dessus) et ceux pour qui ce n'est pas un problème du tout. Et donc d'agir au bon niveau selon le stade de leur réflexion : soit pour faire naître le doute, soit pour les réorienter vers leur médecin traitant avec une idée raffermie quant à la nécessité d'agir (23–26).

Enfin, l'activité physique étant un facteur important (que ce soit chez les sujets a priori sains, les diabétiques, ou les personnes en surpoids), les questions « Pratiquez-vous une activité physique ? » et « Êtes-vous satisfait du niveau de cette activité physique ? » peuvent également permettre d'engager la conversation sur ce terrain-là. Ce sont également des questions qui sont fréquemment intégrées dans nos questionnaires médicaux afin de juger du niveau de stress des patients, par exemple dans les cas de bruxisme.

Pour les patients et pour les professionnels, le site <http://www.mangerbouger.fr/> propose des conseils et même un MOOC (*Massive Online Open Course*) à destination des praticiens pour promouvoir l'activité physique (27).

2.1.2.2 VHB - VHC - VIH

En France, environ 5 millions de personnes ont eu un contact avec le VHB (8,18% de la population). Environ 300.000 personnes ont une hépatite B chronique (0,68 % de la population). Il y a 30.000 à 60.000 nouveaux cas de contamination par an par le VHB (28).

En France métropolitaine, en 2004, on estimait que 367.055 personnes âgées de 18 à 80 ans sont porteuses d'anticorps contre le virus de l'hépatite C (anti-VHC) dont 65 % auraient une infection en cours. Une proportion encore importante (43 %) des personnes ayant des anticorps anti-VHC ne connaît pas sa séropositivité vis-à-vis du VHC. Environ 25% des personnes porteuses du VIH seraient également infectées par le VHC soit 25.000 à 30.000 sujets (29).

Chaque année environ 6.000 personnes découvrent leur séropositivité au VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) en France. (Environ 100.000 séropositifs en France) mais on estime que 30% des porteurs ignorent leur statut.

Lors de l'anamnèse médicale nous posons de façon systématique ces questions sur l'Hépatite B et C et le Virus de l'Immunodéficience Humaine aux patients pour savoir s'ils sont porteurs de ces infections chroniques dans le but d'ajuster nos soins (et non pas pour notre sécurité puisque tout patient doit être considéré comme un porteur qui s'ignore et donc d'autant plus contaminant qu'il ne serait pas sous traitement. De plus, dans un souci de santé publique, nous participons à briser la transmission du VHB en tant que professionnel de santé puisque nous sommes tous vaccinés, de façon obligatoire.)

Lorsque le patient répond négativement à ces questions, nous pouvons lui demander s'il pense être exposé à des situations à risques et éventuellement, selon sa réponse, engager le dialogue soit pour parler de dépistage (prévention secondaire, par exemple « avez-vous déjà fait un test ? »), soit pour orienter vers le médecin traitant pour donner des conseils sanitaires à ce sujet.

En revanche, lorsque le patient répond par l'affirmative, nous devons prendre en compte toutes les complications médicales qui en découlent (risque hémorragique, risque infectieux, risque médicamenteux). Et assurer évidemment la sécurité

sanitaire à la fois par nos équipements de protection individuelle (gants, masques, lunettes) et par les mesures de stérilisation de nos instruments.

Nous devons également être vigilants à certains signes buccaux, témoins d'une infection au VIH (Parodontite Ulcéro-Nécrosante, candidose à répétition, aphtes, ...) nous incitant à prescrire une sérologie (généralement associée à celle du VHB et VHC) en cas de doute. Nous participerons également à la prévention tertiaire en contrôlant régulièrement l'état bucco-dentaire de ces patients afin d'éviter tout foyer infectieux.

Pour le VHB, nous pouvons également encourager nos patients à se faire vacciner soit indirectement (affiche, brochure) soit directement lorsque nous revenons sur cette question lors de l'anamnèse. Ce point sera abordé dans la partie suivante sur les vaccins.

2.2 Vaccins

En 2010, selon l'INSERM, « 61% des Français avaient une opinion favorable au sujet des vaccins, contre 90% cinq ans plus tôt. En cause : diverses polémiques concernant certains vaccins. Néanmoins, la confiance regagne du terrain avec 79% d'opinions favorables en 2014 selon des enquêtes comparables conduites par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES). La défiance persiste chez certaines personnes qui critiquent l'efficacité et la sécurité de ces produits. Des travaux montrent que deux profils témoignent davantage de méfiance :

- des personnes à faible revenu et faible niveau d'étude, mal informées sur l'intérêt de la vaccination, en particulier les hommes âgés ou les migrants,
- une population au contraire très informée, aisée et éduquée, qui revendique un libre choix en évaluant le rapport bénéfice/risque du vaccin et en comptant parfois sur les autres pour être protégés.

Ces travaux sont importants pour mieux cibler l'information relative à l'intérêt individuel et collectif de la vaccination qui est dispensée aux différents sous-groupes de la population.»

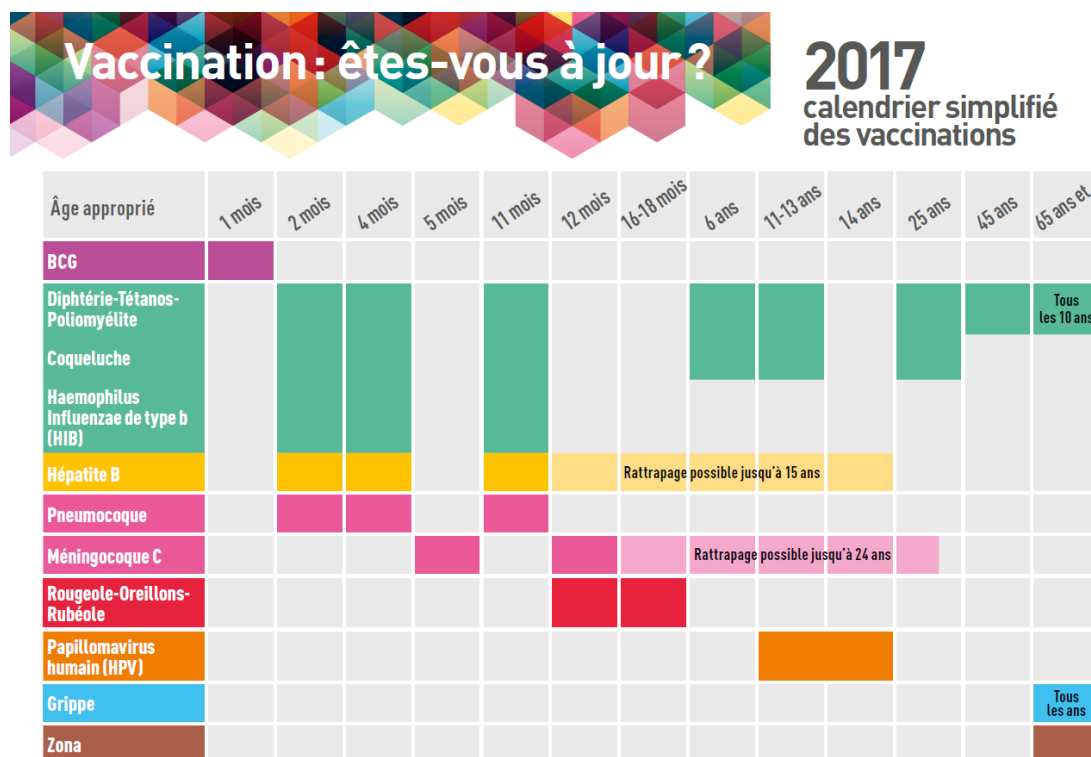


Figure 4 : Calendrier simplifié des vaccinations (30)

2.2.1 En rapport direct avec la chirurgie dentaire

2.2.1.1 HPV

Les Papilloma Virus Humain (HPV) sont des virus qui infectent les muqueuses et qui peuvent être responsables de certains types de cancer notamment les cancers du col de l'utérus chez la femme, mais qui sont également impliqués dans certains cancers ORL et de façon marginale, dans des cancers péniens et anaux. Avec 3.028 nouveaux cas estimés en 2012, le cancer du col de l'utérus représente la 11ème cause de cancer chez la femme en France. Le nombre de décès liés à ce cancer est estimé à 1.102 pour l'année 2012.

En France, un vaccin est disponible contre ces virus depuis 2007 (Gardasil) et est recommandé pour toutes les jeunes filles entre 11 et 14 ans, c'est-à-dire, dans l'idéal avant le début de la vie sexuelle dans le but de prévenir les lésions des cellules utérines. Il peut néanmoins être rattrapé plus tard si ce premier créneau est manqué. Dans l'idée de protéger également la population masculine, notamment au niveau ORL, la vaccination des hommes a été étudiée, les conclusions sont que le rapport entre le coût et l'efficacité de la mesure n'est pas très favorable. Le meilleur rapport coût-efficacité se trouve par une grande couverture vaccinale des sujets féminins qui offrent alors une protection de groupe aux sujets masculins (31). En conséquence, le Haut Conseil de la Santé Publique appelle à la mise en place d'une grande couverture vaccinale chez les femmes et aux efforts nécessaires pour faire diffuser cette idée dans la population générale. L'objectif fixé dans le Plan Cancer 2014-2019 est de parvenir à un taux de couverture de la vaccination de 60 %.

En tant que chirurgien-dentiste, nous sommes en première ligne dans le dépistage des lésions cancéreuses ORL, et si le tabac et l'alcool sont les facteurs de risques majeurs, les HPV ne doivent pas être oubliés. Evidemment, cela implique une vision à long terme, car les vaccins d'aujourd'hui ne montreront peut-être des résultats statistiques significatifs que dans plusieurs années. En conséquence, c'est une information qui peut être délivrée au patient, peut-être sous un autre angle que celui présenté par le médecin généraliste mais qui sera complémentaire. Nous pouvons communiquer par des brochures (Annexe 1), des affiches mais aussi directement dans l'entretien médical via le questionnaire lorsque nous recevons des patientes en

âge d'être vaccinées afin de leur exposer (ou à leurs parents) le bénéfice personnel mais aussi pour leur (futur) entourage de cette vaccination. Le vaccin constitue une prévention primaire. Le bilan bucco-dentaire MT Dents de 12 ans peut être une bonne occasion d'aborder le sujet.

2.2.2 En rapport indirect ou sans rapport avec la chirurgie dentaire

2.2.2.1 Vaccins infantiles (DTPC- ROR - Méningite C - HiB - VHB)

Aujourd'hui en France, trois vaccins sont « obligatoires » : contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Les autres sont dits « recommandés pour tous » : Il s'agit de la coqueluche, de l'hépatite B, des infections à *Haemophilus influenza* B (HiB), des infections invasives à méningocoque du sérotype C (Méningite C), des infections à pneumocoque, des oreillons, de la rougeole et de la rubéole. Néanmoins un rapport de décembre 2016 préconise de rendre tous ces vaccins obligatoires, les choses pourraient donc changer à ce niveau (32).

En tant que chirurgien-dentiste, nous sommes peu en contact avec les enfants aux âges des recommandations vaccinales hors le cas du HPV traité plus haut. Cela dit, brochure d'information et affiche peuvent trouver leur place en salle d'attente pour rappeler aux parents les campagnes vaccinales et peuvent être un point d'appui pour réagir à la discussion d'un patient qui est aussi un parent, car ceux-ci aiment souvent nous parler de leurs enfants et même parfois viennent aux rendez-vous avec eux notamment lorsqu'ils sont en bas âge et qu'ils ne peuvent les faire garder.

A l'analyse du calendrier vaccinal du vaccin DTPC, nous remarquons que des rappels sont nécessaires à l'âge de 6 ans et de 12 ans, ce qui correspond à deux étapes du suivi de l'enfant chez le chirurgien-dentiste à travers les bilans bucco-dentaires MT Dents. Ces bilans pourraient donc être une occasion de rappeler également aux parents qu'une visite chez le médecin généraliste est nécessaire pour la vaccination.

De la même façon, suivant le calendrier vaccinal, nous pourrions rappeler à nos patients de 25, 45, 65 ans et plus, qu'une visite chez leur médecin serait la

bienvenue pour renouveler leur couverture vaccinale pour eux-mêmes et pour leur entourage car les cas de coqueluche, par exemple, sont en recrudescence, transmis souvent par un entourage mal couvert à un nouveau-né.

2.2.2.2 Grippe

Chaque année en France se déroule une campagne de vaccination contre la grippe hivernale de mi-octobre à fin janvier environ. La grippe saisonnière touche chaque année de 3 à 8 % de la population française. En moyenne, 2.5 millions de personnes sont concernées chaque année. D'après les estimations de l'Institut de Veille Sanitaire, la grippe saisonnière serait responsable en moyenne chaque année de 9.000 décès essentiellement chez les seules personnes âgées de 65 ans et plus. La vaccination permettrait, selon ces mêmes estimations et en l'état de la couverture vaccinale actuelle, d'éviter 2.000 décès chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Elle en éviterait davantage si la couverture vaccinale pour les personnes à risque était plus importante. La population générale cible est les personnes âgées de 65 ans et plus mais également certaines catégories spécifiques (femmes enceintes, polyopathologies chroniques, etc....)

Le vaccin est, de plus, remboursé à 100% par l'Assurance Maladie pour ces catégories de patients. L'Assurance Maladie envoie d'ailleurs un bon d'invitation à la vaccination à ces personnes.

Nous pouvons aborder ce sujet de façon systématique avec les patients concernés lors de la période de campagne, au cours de la consultation afin de les encourager à se faire vacciner si ce n'est pas encore fait. Mais également disposer affiches et brochures en salle d'attente afin de toucher tous nos patients car la vaccination peut être faite pour tous ou simplement faire diffuser le message pour qu'ils encouragent eux-mêmes leurs proches dans les catégories recommandées. De plus, afin d'augmenter la couverture vaccinale, le ministère autorise désormais les infirmiers à pratiquer le vaccin pour simplifier les démarches du patient, par exemple quand un infirmier libéral passe déjà régulièrement chez lui.

En tant que professionnel de santé, nous faisons également partie des populations pour lesquelles la vaccination est recommandée chaque année afin de créer un effet barrière entre les nombreux patients que nous voyons chaque jour (33).

2.2.2.3 Tuberculose

Pour certaines études et professions, dont la nôtre, la vaccination contre la tuberculose est obligatoire. Il s'agit de créer une barrière, le temps d'incubation étant assez long avant de donner des symptômes et la contagiosité se faisant par voie aérienne, nous pourrions contaminer un grand nombre de personnes et de patients entre deux, d'autant plus que le vaccin BCG n'est plus obligatoire à ce jour pour la population générale.

2.3 Addictions

Article L3411-8 du code de Santé Publique

I. La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

II. Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation.

En tant que chirurgien-dentiste nous rencontrons de nombreux patients subissant une addiction ce qui a des conséquences sur leur santé bucco-dentaire, leur hygiène et leur santé en général.

Systématiquement lors du questionnaire médical, nous pouvons poser aux patients les questions suivantes :

- Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes par jour en moyenne ? Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ?
- Combien d'unités d'alcool (verre) consommez-vous par jour ?
- Vous arrive-t-il de consommer d'autres substances ? Lesquelles ?

De façon générale, mais plus particulièrement avec les drogues dites dures, le praticien doit rester attentif à quelques points supplémentaires :

- Les traitements de substitution (Méthadone ou Subutex® (buprénorphine) et leurs éventuelles interactions médicamenteuses, leurs répercussions sur la cavité buccale)
- La diminution de l'efficacité de l'anesthésie
- Les risques de contaminations croisées (Hépatites, VIH...)
- Aux réactions comportementales du patient (état de manque) et les séquelles psychologiques des addictions
- La faible observance des patients pour qui la drogue peut détruire la vie sociale et la capacité à faire face à des obligations.

Dans tous les cas, en tant que professionnels de santé, nous nous devons d'aborder ce sujet sous l'angle biomédical et psycho-social et non répressif, juridique ou moral. En effet, l'usage de drogue est généralement liée à une forme de souffrance et chacun n'étant pas égal devant l'addiction de par les dispositions de son système nerveux à être réceptif ou non.

Nous garderons également à l'esprit les schémas comportementaux liées aux substances addictives que nous avons évoqué plus tôt à propos des maladies chroniques. (Modèle de Prochaska)

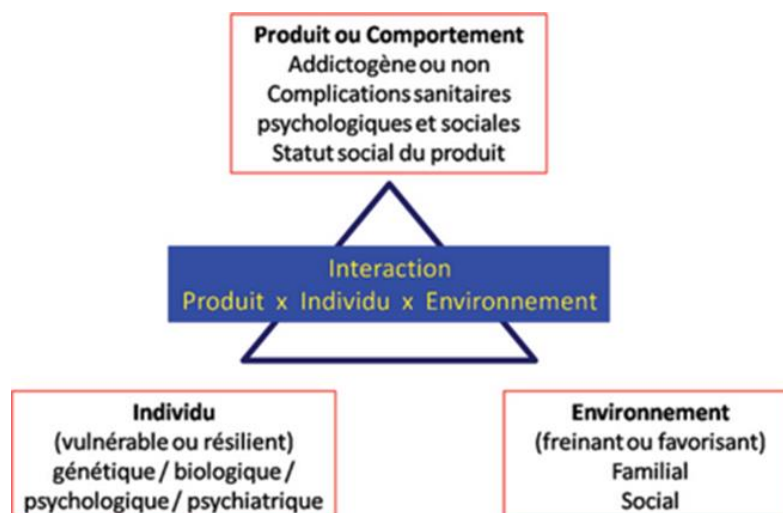


Figure 5 : Modèle bio-psycho-social de l'addiction

2.3.1 Tabac

Article L3511-3 du Code de Santé Publique

« Les substituts nicotiniques peuvent être prescrits par :

[...]

2° Les chirurgiens-dentistes, en application de l'article L. 4141-2 »

Le tabac est une drogue légale et en vente libre. Environ 30% de la population générale est fumeuse mais plus de la moitié d'entre eux souhaiterait arrêter, même s'ils ne savent pas toujours comment s'y prendre. On considère qu'en 2010 près de 80.000 décès étaient attribuables au tabac, ce qui en fait la première cause de mortalité évitable (34). Contrairement à d'autres substances, le tabac est toxique dès la première cigarette, et la durée pendant laquelle on est fumeur est plus importante que la consommation en soi. De plus, l'association à d'autres facteurs de risques (alcool, mauvaise hygiène) multiplie ces risques de façon importante.

La consommation de tabac est donc un facteur de risque important pour la santé bucco-dentaire et pour la santé en général. En dehors du problème d'addiction qui en lui-même peut être handicapant pour le patient d'un point de vue social, c'est une cause d'aggravation des maladies parodontales (5 à 7 fois plus de problèmes chez le fumeur), de colorations dentaires, et un facteur de risque des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), (partie développée ci-après), sans compter les nombreuses autres pathologies provoquer par le tabac à l'organisme entier. (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), maladies cardiovasculaires, cancer, ...)

Si l'arrêt du tabac est bénéfique à tout âge, les patients n'envisagent pas spontanément d'en parler, pourtant le conseil minimal peut augmenter les chances de succès (35).

En tant que professionnel de santé et en tant que chirurgien-dentiste, nous avons un rôle à jouer dans la prévention et l'accompagnement de nos patients par rapport au tabac. En 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) précise ainsi que « Tous les professionnels de santé doivent conseiller à chaque fumeur d'arrêter de fumer, quelle

que soit la forme du tabac utilisée, et lui proposer des conseils et une assistance pour arrêter » (36).

Premièrement, nous devons nous enquérir du statut fumeur/non-fumeur car cela nous pose des problèmes directement dans notre exercice : maladies parodontales, suite d'avulsion dentaire, pose d'implant... certains actes et diagnostics seront modifiés ou impossibles à réaliser s'ils surviennent dans un contexte tabagique. Le patient doit donc savoir l'origine de ces faits.

Mais nous devons pousser plus loin ces questions, et pratiquer le « conseil minimal », c'est-à-dire demander au patient combien de cigarettes il fume par jour et s'il a déjà envisagé d'arrêter de fumer afin d'évaluer son état d'esprit et de jauger son niveau de dépendance. Cela pourra être fait de façon plus objective avec certains tests, par exemple le test de Fägerstrom (Annexe 2), (37) qui permettra de voir les barrières auxquelles il peut être confronté (entourage fumeur, stress, etc.) S'il envisage d'arrêter alors nous devons lui proposer la documentation adaptée (le guide pratique « j'arrête de fumer » par exemple). S'il ne l'envisage pas, nous devons tout de même lui conseiller l'arrêt et en reparler avec lui plus tard (Annexe 3).

Les chirurgiens-dentistes ont le droit de prescrire des substituts nicotiniques, néanmoins comme la capacité n'implique pas la compétence, c'est à chacun de savoir s'il se sent capable de mener cela de façon efficace et sûre, ou, le cas échéant, de se former ou de réorienter son patient vers un tabacologue. L'Assurance Maladie rembourse, sur prescription, les traitements par substituts nicotiniques à hauteur de 50 euros par année civile et par bénéficiaire et de 150 euros pour les femmes enceintes, les personnes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU (Couverture Maladie Universelle) complémentaire, les patients en ALD cancer (Affection Longue Durée).

Même si nous ne prenons pas complètement en charge le patient nous-mêmes, nous pouvons lui remettre une brochure d'explications motivant à l'arrêt du tabac, lui remettre les coordonnées d'une consultation de tabacologie, voire pourquoi pas profiter du rendez-vous pour appeler tabac-info-service en direct avec lui (39 89).

Pour nous accompagner dans ces démarches, le site tabac-info-service ou l'INPES proposent des espaces pros qui regroupent les conseils, les schémas de dialogue, les commandes de brochures et d'affiches, etc. (38).

Au niveau du tabagisme, on peut assez difficilement séparer la prévention primaire secondaire et tertiaire : La prévention primaire chez les enfants/adolescents (39) se base sur la prévention secondaire des adultes de leur entourage car elle se fait essentiellement par l'éducation familiale (40) et institutionnelle (41) plus que par le corps médical. La prévention secondaire consiste en la prise de conscience du problème du tabagisme et son sevrage, la prévention tertiaire consisterait à se considérer toujours comme un « ancien fumeur » et à apprendre à gérer les situations de stress qui pourraient donner lieu à des rechutes.

2.3.2 Alcool

Deuxième drogue légale à laquelle nous pouvons être confrontés, l'alcool fait également sa part de ravages, parfois en association avec le tabac dont il peut multiplier les effets notamment au niveau carcinogène. L'alcool est une drogue très dangereuse au niveau physique et social. Le sevrage alcoolique d'un patient doit se faire par un spécialiste en addictologie dans un centre approprié.

Néanmoins, chaque professionnel de santé peut être celui qui, pour une raison ou une autre, va réussir à engager la discussion sur le sujet et amener le patient à dire qu'il veut se faire aider pour mettre fin à cette situation.

En premier lieu, les patients alcooliques ou anciens alcooliques peuvent poser des complications car l'état de leur foie peut engendrer des troubles de l'hémostase. De plus, nous pouvons retrouver des soucis de présence aux rendez-vous et un manque de compliance aux soins et au brosseage.

Lors du questionnaire médical, nous pouvons interroger les patients sur leur consommation, à la fois pour essayer de leur faire prendre conscience d'un problème ou parfois même pouvoir soutenir quelqu'un qui tente un sevrage ou qui est abstinente depuis un moment.

Si leur consommation d'alcool nous interpelle, nous devons leur signaler qu'elle est excessive et dangereuse pour leur santé, afin au minimum de créer le doute sur leur pratique ou au mieux de déclencher une volonté de passage à l'action vers un arrêt. Dans ce cas, nous pouvons envoyer le patient vers son médecin traitant ou vers un centre qui propose des consultations spécialisées.

Parfois, pour le patient, il est plus facile d'avoir recours au téléphone ou à Internet. « Alcool info service » se met à leur disposition pour répondre aux questions et les aider dans leur cheminement. Le site propose de nombreuses informations en ligne pour les patients mais aussi leurs proches. Le contact peut se faire par téléphone, par forum ou chat avec des horaires larges.

Ce site présente également des outils pour les professionnels de santé afin de les aider dans l'approche et est en lien avec l'INPES pour commander brochures, affiches, kit de dialogue ou encore de trouver facilement les adresses utiles à la prise en charge des patients.

Tabagisme et alcoolisme peuvent également être associés chez le même patient mais le débat est encore ouvert chez les addictologues concernant la conduite à tenir dans ce cas sur la priorité et la concomitance des sevrages (42).

De la même façon, il nous sera assez difficile de faire une prévention primaire directe en dehors d'un affichage, nous serons plus portés sur une prévention secondaire consistant à repérer un patient ayant des problèmes de consommation et à lui en faire prendre conscience, ou tertiaire c'est à dire à aider moralement un patient abstinent en l'encourageant régulièrement.

2.3.3 Cannabis

En France, le cannabis est une substance illégale mais très consommée. On estime à environ 1,2 million le nombre d'usagers réguliers (au moins 10 fois au cours du mois) et à bien plus d'usagers occasionnels ou d'expérimentateurs (43).

Le cannabis a de nombreux effets sur la santé du patient dont certains qui vont nous concerner directement (44).

On constate chez les consommateurs des caries plus nombreuses et plus importantes. Cela peut s'expliquer par une baisse de la production de salive après avoir fumé et une baisse de la qualité de cette salive (pH diminué), qui protège donc moins bien les dents. Peut s'y ajouter une hygiène orale plus négligée, liée à la consommation du produit et à l'état qui s'en suit.

Tout comme le tabac, le cannabis entraîne aussi des pathologies parodontales et pourrait augmenter le risque le cancer des VADS en irritant régulièrement les muqueuses mais le lien n'est pas encore clairement établi même si de nombreuses substances carcinogènes sont trouvées dans la fumée.

De plus, on peut également être confronté à des résistances aux anesthésiques locaux, d'autant plus que les patients auront tendance à fumer juste avant le rendez-vous pour évacuer leur stress.

C'est un sujet qui est plus difficile à aborder que le tabac, car le statut illégal de la substance peut rendre les patients plus méfiants et moins enclins à se confier, car ils ne savent pas forcément que nous sommes tenus au secret médical. Quand ils le font, nous devons toujours au minimum créer le doute sur la consommation. S'ils expriment une envie d'arrêter et de se faire aider, nous pouvons les réorienter vers leur médecin traitant ou un addictologue.

Nous pouvons également leur conseiller de se renseigner sur le site [drogue-info-service](#) ou encore d'appeler « Ecoute Cannabis » pour recevoir des conseils et des solutions personnalisées.

Des brochures et des affiches sont également disponibles sur ce thème sur le site de l'INPES.

2.3.4 Autres drogues

De nombreuses autres drogues (illégales) circulent : cocaïne, héroïne, ecstasy, crack (8) ... la liste est longue et continue de s'allonger avec de nouveaux produits de synthèse (NPS). Plusieurs centaines de milliers de personnes testent ces drogues chaque année et une certaine proportion, difficile à déterminer, tombe dans une consommation chronique avec des dégâts lourds sur leur vie sociale et leur santé. Au niveau dentaire, la négligence de l'hygiène associée à la prise de ces substances entraîne des lésions importantes, carieuses et parodontales (45) et il est peu probable de croiser ces patients au cabinet hors des consultations d'urgence où ils viendront pour soulager une douleur. En revanche, après un sevrage, ce sont généralement des patients qui nécessitent une remise en état assez lourde de la cavité buccale.

Tout comme pour le cannabis, les patients ont peu de chance de nous le confier spontanément mais cela peut arriver, ou alors nous pouvons réussir à orienter la conversation dans ce sens en cas de doute.

De la même façon, la prise en charge se fera dans un centre d'addictologie. Nous pouvons équiper le cabinet de brochure et d'affiche afin de faire savoir au patient que nous sommes disponibles pour un dialogue à ce sujet.

2.3.5 Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) (46)

Ces troubles sont l'anorexie et la boulimie qui sont en fait souvent observés conjointement et qui participent au même désordre. C'est un trouble qui touche essentiellement les femmes et souvent dans la période de puberté. Des équipes de recherche sont actuellement en train d'enquêter sur une cause possible, celle d'une perturbation du système de récompense ce qui la rapprocherait donc des addictions. Cela va être caractérisé par des périodes de privation alimentaire plus ou moins longues, des périodes de compensations où la nourriture sera consommée en excès. Ces symptômes sont associés à un mal-être psychologique avec des difficultés par rapport à l'image de son corps. Si cet état peut être spontanément résolutif, ce n'est pas toujours le cas et ces personnes ont parfois besoin d'être aidées avant que ce comportement n'entraîne de trop lourdes séquelles physiques et mentales (dénutrition sévère, voire arrêt cardiaque ou suicide).

En tant que chirurgien-dentiste, nous pouvons avoir un rôle de diagnostic précoce de cette pathologie car nous sommes directement concernés par l'une de ses manifestations (47). En effet, les vomissements répétés de ces patients afin de conserver un faible poids malgré leurs prises alimentaires peuvent engendrer des dégâts dentaires spécifiques : des érosions notamment au niveau des faces palatines des dents maxillaires (48).

Si nous soupçonnons un TCA chez nos patients nous pouvons utiliser le questionnaire SCOFF pour dépister des troubles du comportement alimentaire et les adresser par la suite aux professionnels de la santé qualifiés pour établir un diagnostic et lancer une prise en charge adaptée.

De plus, la ligne téléphonique "anorexie boulimie, info écoute" est à notre disposition et à celle des patients au 0810 037 037 de 16h à 18h tous les jours de la semaine sauf le mercredi.

Egalement, le site « Fil santé jeunes » nous informe sur les troubles du comportement alimentaire. L'équipe de « Fil santé jeunes » est joignable au 0800 235 236 tous les jours de 9 h à 23 h. Ce numéro est gratuit et anonyme. Ce service permet de parler, de façon anonyme, avec une personne compétente apportant des réponses à tout besoin d'écoute, d'informations, de conseil et d'orientation. Il est d'abord ouvert aux jeunes, mais aussi à toute autre personne, qu'elle soit parent ou non.

2.3.6 Autres

En conclusion et en ouverture de cette partie, il faut noter que le sucre, par les circuits neuronaux qu'il active, a également un pouvoir addictif non négligeable. Ce n'est pas anodin pour notre profession puisque ces sucres sont un facteur majeur dans le développement des caries dentaires. Savoir cela peut permettre de comprendre pourquoi certains patients ont autant de mal à modifier leur régime alimentaire même quand les dégâts sont importants (49).

2.4 Cancer

2.4.1 En rapport direct avec la chirurgie dentaire

2.4.1.1 Dépistage / Prévention

2.4.1.1.1 ORL

Environ 95 % des cancers de la cavité buccale sont des carcinomes épidermoïdes. Le tabac (mais aussi probablement le cannabis) et l'alcool en sont les principaux facteurs de risque. Les chirurgiens-dentistes ont ainsi un rôle primordial à jouer dans la détection précoce des cancers de la cavité buccale. L'examen clinique et histologique, permet, en effet, de détecter précocement l'existence des lésions précancéreuses et cancéreuses de la cavité buccale. Le rôle du chirurgien-dentiste est d'autant plus important qu'il est le premier à pouvoir repérer en amont certains signes d'alerte. Les médecins traitants peuvent également jouer un rôle déterminant dans cette détection en pratiquant un examen de la bouche et en orientant, en cas de suspicion, vers un spécialiste.

Au niveau de la prévention primaire, notre rôle est essentiel. En effet, le tabac et l'alcool, dont nous avons abordé plus haut la prévention et le conseil à l'arrêt, sont les premiers facteurs de risque d'autant plus qu'ils potentialisent les effets l'un de l'autre (50). L'arrêt d'une seule substance est donc déjà un gain non négligeable. Il s'agit donc d'un cercle vertueux qui se boucle au bénéfice du patient et qui prouve l'intérêt d'une prise en charge globale. Un certain nombre de cancer ORL ont également pour cause une infection par le papillomavirus (développé dans la partie sur la vaccination), nous pouvons donc agir également par ce biais pour diminuer sur le long terme la survenue de cancer chez nos patients en les encourageant à se faire vacciner.

Il ne suffit pas de mener consciencieusement l'examen clinique pour dépister les lésions (prévention secondaire), encore faut-il essayer d'en réduire au maximum la survenue. Dans les facteurs de risque, on trouve également l'hygiène buccale qui évite des inflammations chroniques. La motivation à l'hygiène trouve donc encore un sens supplémentaire. L'examen clinique de dépistage doit être mené systématiquement car l'absence de tabac et d'alcool n'écarte pas totalement le risque. Il consiste en une observation minutieuse des différentes muqueuses

buccales en écartant bien les joues, la langue et les divers replis susceptibles de cacher une lésion.

On estime qu'il y a environ 16.000 cas par an et 5.000 décès. Plus le cancer est dépisté tôt et meilleures sont les chances de guérison.

Bien évidemment, nous serons aussi mis à contribution pour la prévention tertiaire, la mise en état dentaire nécessaire pour les traitements éventuels (radiothérapie ou chimiothérapie), contre les rechutes (visite de contrôle tous les 6 mois) et pour l'amélioration de la qualité de vie du patient après les soins contre le cancer (gouttière de fluoruration), qui peuvent être très invasifs chirurgicalement et la gestion des effets secondaires (xérostomie, mucites, etc...).

2.4.2 En rapport indirect ou sans rapport avec la chirurgie dentaire

2.4.2.1 Prévention/information

En France, certains cancers sont concernés par des plans nationaux de dépistage organisés par les caisses d'assurance maladie, on retrouve le cancer du côlon, du sein et du col de l'utérus. Ils font l'objet de campagne d'information afin d'augmenter la population qui va se faire dépister, via des spots multimédias, des affiches ou des brochures. De tels moyens de communications peuvent trouver leur place dans un cabinet dentaire afin d'informer la population saine des démarches à entreprendre pour conserver la santé (51). Il s'agit donc ici de prévention secondaire. (En annexe 4, exemple d'affiches vues au CHR de Lille, Hôpital Oscar Lambret, Centre Régional de lutte contre le cancer, des affiches intéressantes mais qui arrivent un peu trop tard, puisque les patients admis dans ce centre sont déjà souffrants.)

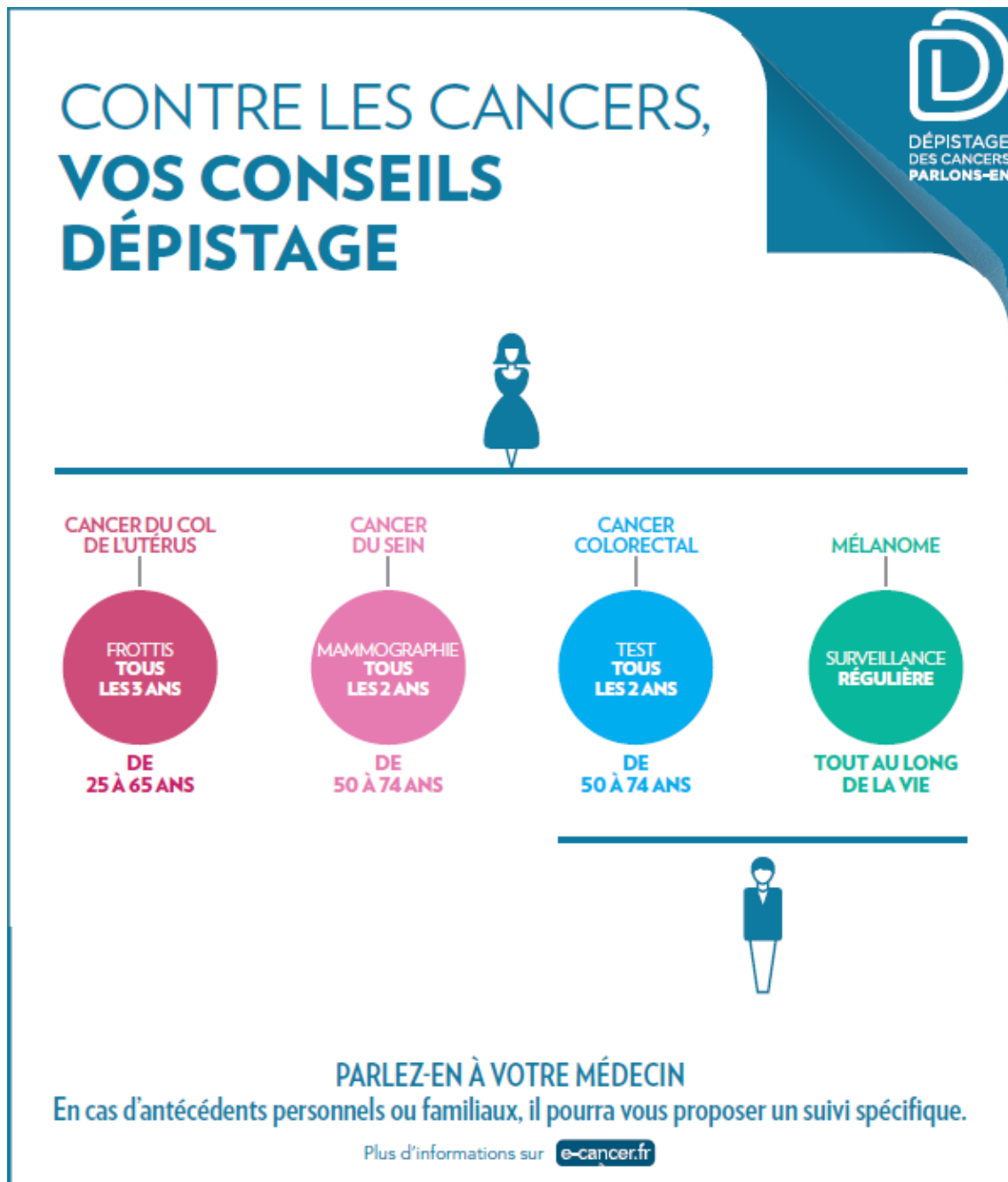


Figure 6 : Affiche résumant les dépistages des cancers

2.4.2.1.1 Côlon

Le cancer du côlon cause le décès d'environ 17.000 personnes par an mais les projections envisagent une augmentation du nombre de cas dans les années à venir. Le risque de le développer augmente avec l'âge, mais il existe aussi des facteurs modifiables liés aux habitudes de vies, notamment la consommation d'alcool, de tabac, l'inactivité physique et le surpoids. Ce dont nous avons parlé plus tôt, et qui montre une fois de plus que la santé d'un individu n'est pas quelque chose de bien

compartimenté entre différentes disciplines mais un tout connecté par des liens nombreux et complexes.

Détecté à un stade précoce, le taux de survie est de 90% contre 13% s'il y a des métastases, l'enjeu d'un dépistage précoce et régulier est donc évident.

A partir de 50 ans, le programme de dépistage s'adresse (52) à tous, hommes et femmes, dont le risque est « moyen », c'est-à-dire à la population générale et ce jusqu'à 74 ans. Les modalités sont simples : tous les deux ans, le patient est invité à consulter son médecin traitant et à renvoyer un échantillon de selles qui sera analysé. Selon les résultats, il sera orienté vers une coloscopie complémentaire ou refera le test deux ans plus tard.

La mise à disposition d'affiches et de brochures dans la salle d'attente peut être une contribution à cette campagne (Annexe 5).

2.4.2.1.2 Peau

En 2010, il est estimé qu'environ 8.250 nouveaux cas de mélanome cutané ont été diagnostiqués en France.

Il représente entre 2 et 3 % de l'ensemble des cancers. Le mélanome cutané se situe au 11^{ème} rang des cancers les plus fréquents chez l'homme et au 9^{ème} rang chez la femme. L'âge moyen au diagnostic est de 56 ans (en baisse).

Son incidence est en augmentation régulière de 10 % par an, depuis 50 ans. C'est le premier des cancers en termes d'augmentation de fréquence. Le mélanome cutané est un cancer de bon pronostic s'il est détecté tôt. Le taux de survie relative à 5 ans est de 88 % pour les stades localisés et de 18 % dans les situations métastatiques.

En France, plus de 1 500 décès annuels, dont 55% chez l'homme (diagnostic plus tardif mais également formes d'évolution plus rapides), lui sont imputables, ce qui représente 1 % des décès par cancer.

Chaque année se déroule la journée nationale annuelle de prévention et de dépistage gratuit des cancers de la peau. Elle est à l'initiative des dermatologues mais est soutenue depuis quelques années par l'Institut National du Cancer (INCa)(53). Elle a lieu tous les ans au mois de mai de façon anonyme et gratuite dans le but de dépister au plus tôt les lésions malignes de la peau. En 2016, c'est ainsi que près de 2.650 lésions cancéreuses ont pu être dépistées. Cette journée

permet aussi de redonner les conseils de protections face aux rayons UV, pour les professions à risque et les sujets plus sensibles.

2.4.2.1.3 Seins

Le cancer du sein est le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme (environ 12.000 décès par an). Depuis 2004, il existe un programme national de dépistage précoce pour les femmes de 50 à 74 ans à risque « moyen » c'est-à-dire la population générale sans antécédents particuliers. Actuellement le taux de participation à ce programme atteint 50%, ce qui laisse donc une marge de progression appréciable. Détecté à un stade précoce, la survie à 5 ans est de 90%, ce qui justifie fortement le dépistage précoce systématisé.

Tous les deux ans à partir de 50 ans, l'Assurance Maladie envoie une invitation à se rendre dans un centre d'imagerie pour procéder à une mammographie à double lecture et un examen clinique.

La mise à disposition d'affiches et de brochures dans la salle d'attente peut être une contribution à cette campagne.

2.4.2.1.4 Utérus

Le cancer du col de l'utérus est le 10^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme en France. Malgré l'existence d'un dépistage efficace, il est responsable d'environ 1.100 décès par an et 3.000 femmes sont touchées chaque année. C'est l'un des seuls cancers pour lesquels le pronostic se dégrade en France, avec un taux de survie à 5 ans en diminution. On considère pourtant qu'un dépistage régulier de toute la population-cible permettrait d'en réduire l'incidence de 90 %. Le frottis cervico-utérin, examen de dépistage de référence (prévention secondaire), doit donc être proposé tous les trois ans, à toutes les femmes de 25 à 65 ans (54). De plus, c'est un très bon candidat au dépistage car son évolution est lente. Cette démarche est complémentaire d'une stratégie de prévention primaire via une vaccination anti-HPV, à proposer aux jeunes filles à partir de l'âge de 11 ans, comme expliqué dans la partie sur les vaccins.

Le fait d'être incitée au dépistage par un professionnel avec lequel une relation de confiance est établie est un facteur favorisant essentiel, souligne la HAS.

40 % des femmes ciblées par le dépistage du cancer du col utérin ne réalisent pas de frottis, ou pas régulièrement. Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est prévu par le plan cancer 2014-2019 et devrait être effectif en 2017 et 2018. Il consistera dans l'envoi d'un courrier aux femmes qui ne se font pas spontanément dépister puis en une relance au bout de quelques mois.

Il convient aussi de préciser que dans le cadre de la rénovation du dépistage, il sera créé à partir du 1^{er} janvier 2018, deux nouvelles consultations totalement remboursées à 25 ans et à 50 ans. Ces interventions seront centrées sur la prévention. La première, à 25 ans, consistera dans l'information des facteurs de risques des cancers (et notamment de ceux du sein et de l'utérus) et sera réalisée par le médecin traitant ou le gynécologue. La seconde à 50 ans, redonnera ces éléments mais insistera plus sur la balance avantages/inconvénients du dépistage du cancer du sein, et sur l'information aux autres dépistages (colorectal notamment) (55).

2.4.2.1.5 Autres

Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive mais simplement des cas qui font l'objet d'une campagne nationale et dont la communication est la plus facile à mettre en place par une information simple. Le praticien modulera son discours selon son ressenti, son patient et ses demandes particulières, la tournure que prend la conversation, etc.

2.5 Grossesse

Article L2122-1 du code de Santé Publique

“Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme.”

Lors de la visite chez le chirurgien-dentiste, celui-ci est amené à demander aux patientes si elles sont enceintes. En effet, cet état de santé particulier, s'il ne doit pas être considéré comme une pathologie, entraîne des modifications au niveau de la prise en charge de la patiente. Il est donc impératif qu'il soit signalé.

Les différences se situent à plusieurs niveaux :

- Les soins eux-mêmes qui, hors urgences, seront plutôt effectués au cours du deuxième semestre de grossesse.
- Les prescriptions, qui devront tenir compte des possibles effets tératogènes.
- Les radiographies panoramiques, qui seront généralement différées après la grossesse ou réalisées avec le port d'un tablier plombé, même si cela se fait essentiellement pour des motifs psychologiques afin de rassurer la patiente (56).
- Les pathologies buccales spécifiques à la grossesse (épulis par exemple) qui peuvent amener des patientes à consulter lors de leur grossesse alors qu'elles ne le font pas habituellement.

Le respect des recommandations spécifiques à la grossesse fait bien entendu partie des devoirs du chirurgien-dentiste et sont des actes de santé publique en eux-mêmes en évitant des complications mais il est possible d'aller encore plus loin. En effet, il apparaît que même en France, en 2016, il existe encore un nombre non nul de grossesse non ou mal suivie.

En France, entre 1981 et 1995, la surveillance des grossesses a considérablement évolué. La prise en charge par l'assurance maladie y a contribué (57). En effet, sept visites prénatales et une post-natale obligatoires ainsi que trois échographies (une par trimestre) sont actuellement remboursées à 100%. Entre 1981 et 1995, le nombre de visites prénatales a nettement augmenté probablement du fait de l'amélioration du niveau socio-économique des femmes. Cependant, il existait encore

7% des femmes exerçant une activité, 20% des femmes recevant l'allocation chômage, parent isolé ou RMIste et 32% des femmes sans ressources, qui font l'objet de moins de sept visites prénatales. En 1995, les femmes ont effectué en moyenne 8,9 visites prénatales. Ce chiffre n'augmentera probablement pas dans les années à venir.

Nous améliorons bien sûr l'état de santé générale maternelle et fœtale en prodiguant les soins classiques (par exemple en prévenant les gingivites gravidiques qui peuvent entraîner un faible poids du fœtus) mais on constate aussi qu'il est possible de continuer d'améliorer cette prise en charge afin d'éviter des soucis à la fois au fœtus (dépistage divers) et à la mère (diabète gestationnel, hypertension gravidique) en s'assurant que chaque patiente enceinte soit correctement suivie par son médecin traitant et/ou son gynécologue.

Ainsi la simple question " Êtes-vous enceinte ? " du questionnaire médical classique semble insuffisante et, en cas de réponse affirmative, devrait être systématiquement prolongée par " Votre grossesse est-elle bien suivie ? ". Si ce n'est pas le cas, il conviendra de motiver la patiente en lui expliquant brièvement les risques et en la réorientant vers son médecin généraliste. De plus, en cas de grossesse, nous pourrions également réintervenir au niveau de la prévention de l'alcool et du tabac. Le bilan dentaire des 4 mois de grossesse est évidemment l'occasion privilégiée pour aborder ces questions, mais toute femme enceinte est concernée.

2.6 Participation à la Santé Publique générale au bénéfice de la société

La participation à la santé publique n'est pas forcément liée à la santé particulière d'un patient donné, ni même à celle de la patientèle d'un praticien ou d'un cabinet. Il semble déjà à travers toutes les situations évoquées précédemment, que chaque patient mieux informé sur sa propre santé générale est probablement un vecteur qui permet de faire diffuser ces informations dans son foyer, son entourage.

Mais au-delà de ça, le rôle du soignant est aussi d'informer les patients sur la façon dont ils peuvent eux-mêmes participer à améliorer la santé générale de la population.

Concernant les dons, l'Agence de la Biomédecine considère les chirurgiens-dentistes comme un interlocuteur précieux pour relayer les informations aux patients et encourage à commander de la documentation dans le but d'informer, en considérant que l'absence d'une position claire du patient sur ces sujets est un frein réel (58).

2.6.1 Don du sang

D'après l'Etablissement Français du Sang, opérateur unique de prélèvement en France, chaque jour 10.000 dons sont nécessaires pour maintenir un stock suffisant de produits sanguins. D'après un rapport récent du CREDOC (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie), si le don du sang a une image largement positive dans la population (98% des Français sont convaincus que donner son sang permet de sauver des vies ; 93% pensent que les dons sont insuffisants pour faire face aux besoins et 88% considèrent que le don de sang est facile et qu'il ne prend que quelques minutes.) , seul un Français sur deux déclare avoir déjà donné son sang au moins une fois dans sa vie (52% exactement) ; et ils ne sont que 10% à l'avoir fait au cours des douze derniers mois.

Pourtant, lorsqu'ils sont interrogés, 34% des Français déclarent qu'ils ont l'intention de participer à la collecte au cours des six prochains mois ; 14% disent qu'ils le feront « certainement » et 20% sont plus prudents (« oui, peut-être »).

Cela pose la question du décalage entre cette volonté apparente et les chiffres réels de participation relevés dans les centres de don. L'hypothèse du rapport du CREDOC est que les Français ne pensent pas spontanément à donner leur sang, malgré l'image positive qu'ils ont de ce geste : Si personne ne leur rappelle fréquemment de le faire, il y a de fortes chances pour qu'ils « passent à côté ». La décision de donner son sang est en effet apparemment assez « volatile ». L'enquête indique par exemple que 27% des Français ont pensé donner leur sang dans l'année sans toutefois aller jusqu'au bout de cette démarche.

S'ils existent bien des contraintes liées à la peur de la piqûre ou aux horaires par exemple, les deux principaux freins au don du sang sont le fait de ne pas y penser (cela ne vient pas à l'esprit), cité par 34% des Français et le fait de ne pas être sollicité (32%). Ces deux facteurs se rejoignent, d'une certaine manière : donner son sang n'est pas un automatisme, quelque chose auquel on pense spontanément (même si tout le monde reconnaît volontiers que c'est un geste indispensable). Ensuite, 18% ne savent pas où aller pour donner leur sang, une cause supplémentaire attribuable à un défaut d'information ou de sollicitation. D'ailleurs dans la population générale, 65% des Français considèrent eux-mêmes ne pas être suffisamment informés sur le sujet.

Il semble donc, d'après ce rapport commandé par l'EFS, que nous pouvons faire des progrès importants dans la mobilisation, tout simplement en sollicitant et en informant les citoyens en général, mais notre patientèle en particulier, des besoins et des procédures à ce sujet, ou même des dates de collecte dans la ville où nous exerçons. Sans toutefois oublier de préciser à nos patients qu'après un soin dentaire le don de sang n'est pas possible pendant une semaine à cause d'une possible bactériémie suite aux soins.

2.6.2 Don de moelle osseuse

La greffe de moelle osseuse est une indication thérapeutique pour 80 % des pathologies graves du sang. Chaque année en France, 2.000 personnes ont ainsi besoin d'une greffe de moelle osseuse. En 2015, 1.048 greffes ont été effectuées,

dont 12 % à partir de donneurs français. On constate donc que près de la moitié des patients ne sont pas traités faute de donneurs potentiels.

Si, entre 2 frères ou sœurs, la probabilité d'être compatibles est de 1 chance sur 4 (25 %), elle n'est plus que de 1 chance sur 1 million environ entre 2 individus pris au hasard ! D'où la difficulté de trouver un donneur compatible lorsqu'on a besoin de greffer un malade qui n'a pas de donneur dans sa fratrie. D'après l'Agence de Biomédecine, au cours de l'année 2012, par exemple, l'objectif d'inscrire au minimum 18.000 donneurs supplémentaires n'a pas pu être atteint. 15.390 nouveaux donneurs de moelle osseuse ont en effet été inscrits par les 30 centres donneurs sur le Registre France Greffe de Moelle, par l'intermédiaire du logiciel SYRENAD mis à leur disposition par le Registre. Le fichier s'est donc accru, en nombre absolu, de 10.042 donneurs non apparentés (8.872 en 2011). Il faut en effet soustraire aux 15.390 nouvelles inscriptions, 5.348 donneurs qui ont dû être retirés du fichier au cours de l'année, dont 3.255 pour atteinte de la limite d'âge fixée à 60 ans révolus.

La France a un retard important au niveau du nombre d'inscrits qui atteint plus de 800.000 personnes au Royaume-Uni et plus de 4.7 millions en Allemagne, ce qui explique que de nombreuses greffes réalisées sur des patients nationaux se font à partir d'un donneur de ces pays. L'Agence de Biomédecine cherche donc à augmenter les effectifs pour des raisons médicales bien sûr mais aussi éthiques, afin de pouvoir aider les pays étrangers autant qu'eux-mêmes nous aident.

Là encore, le manque d'information et de sollicitation font que la population craint ce geste qu'elle connaît mal (la confusion moelle osseuse et moelle épinière est encore fréquente, les individus ignorent la difficulté de trouver un donneur, ils ne connaissent pas du tout les procédures).

2.6.3 Don d'organes

Article L1231-1 A du Code la Santé Publique

« Le prélèvement et la greffe d'organes constituent une priorité nationale. »(59)

Pour 80% des Français, tant au niveau des soignants que de la population générale, la transplantation a une très bonne image. Ils y associent le progrès, la solidarité et le prélèvement sur soi-même est largement accepté (65 à 75 % environ) contre

seulement 11% d'opposants stricts, le reste étant indécis ou plus partagé (selon l'organe par exemple).

Malgré tout, l'information à ce sujet est considérée comme étant insuffisante. Peu de Français connaissent la législation en vigueur par exemple sur le consentement présumé, et se répartissent entre ceux qui ne la connaissent pas du tout et ceux qui pensent la connaître, à tort. La campagne de 2016 tente justement de faire prendre conscience de cela.

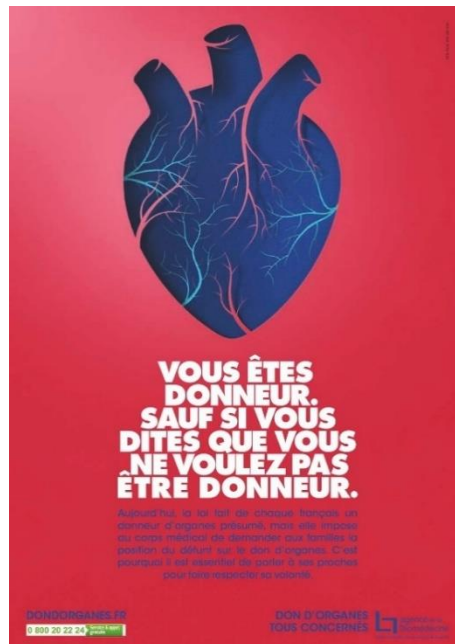


Figure 7 : Affiche de la campagne nationale de l'agence de biomédecine en faveur du don d'organes.

Quoiqu'il en soit, la communication est insuffisante dans la population générale, ce qui, ajoutée au traumatisme d'un décès qui peut être brutal, donne un taux d'opposition au prélèvement supérieur à ce qui devrait être. Comme on le voit dans les tableaux ci-dessous, le taux de non prélèvement est essentiellement due à l'opposition de la famille, plutôt qu'à celle du donneur, Cela signifie que la communication sur le sujet ne s'est pas faite avant et complique à la fois la tâche des soignants et la situation des membres de la famille déjà éprouvée où chacun cherche à concilier la position supposée du défunt, celle des autres membres de la famille et la sienne pour donner la meilleure réponse possible compte tenu de tous ces éléments.

Beaucoup de situations seraient plus faciles si elles avaient été simplement réglées d'avance par une position claire du défunt sur le sujet et la communication de cette position.

Tableau P3. Evolution du devenir des sujets en état de mort encéphalique recensés

	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Non prélevés pour antécédents du donneur	325	10,7	342	10,8	322	9,8	347	10,4	398	11,2	369	10,3
Non prélevés pour autres causes	7	0,2	8	0,3	7	0,2	7	0,2	8	0,2	8	0,2
Non prélevés pour obstacle médical	213	7	225	7,1	268	8,1	256	7,7	295	8,3	270	7,5
Non prélevés pour opposition	1028	33,7	1027	32,4	1115	33,8	1099	32,9	1191	33,6	1163	32,5
Prélevés	1476	48,4	1572	49,5	1589	48,1	1627	48,8	1655	46,7	1769	49,4

Données extraites de la base CRISTAL le 02/03/2016

Figure 8 : Evolution du devenir des sujets en état de mort encéphalique recensés. (60)

Tableau P17. Evolution du détail des causes d'opposition au prélèvement

	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Opposition de l'entourage	522	60	585	60	528	59	517	53	526	53	561	55	616	60	727	65	700	64	715	60	738	64
Opposition du défunt	327	37	378	38	333	37	432	44	439	44	427	42	365	36	350	31	372	34	445	37	402	35
Opposition du procureur	24	2,7	18	1,8	28	3,1	26	2,7	28	2,8	37	3,6	44	4,3	34	3	25	2,3	30	2,5	22	1,9
Opposition de l'administration hospitalière	3	0,3	3	0,3	2	0,2	1	0,1	3	0,3	3	0,3	2	0,2	4	0,4	2	0,2	1	0,1	1	0,1
Total des oppositions	876	100	984	100	891	100	976	100	996	100	1028	100	1027	100	1115	100	1099	100	1191	100	1163	100

Données extraites de la base CRISTAL le 02/03/2016

Figure 9 : Evolution du détail des causes d'opposition au prélèvement. (60)

Au niveau du cabinet dentaire nous pouvons envisager plusieurs manières de communiquer sur le sujet des dons :

De manière indirecte, par des affiches ou des brochures à disposition en salle d'attente.

De manière directe, en ajoutant par exemple une partie facultative au questionnaire " Etes-vous donneur de sang/moelle/organes ? Souhaitez-vous plus d'informations à ce sujet ?"

Si la réponse du patient est positive à la dernière question, nous pouvons alors lui remettre de la documentation en mains propres et éventuellement répondre à ses questions, ce qui le marquera de façon plus profonde qu'une approche indirecte.

2.6.4 Vaccination

La vaccination a déjà été abordée dans une partie spécifique. Il s'agit ici de rappeler simplement que la vaccination d'un individu est faite dans l'espoir d'un bénéfice direct pour ce patient mais qu'on en attend également des retombées au niveau de la protection des autres individus pour qui ce patient ne sera pas une source de contamination : c'est ce qu'on appelle la protection de groupe. En effet selon l'INSERM :

“La diffusion d'une maladie contagieuse au sein d'une population est directement liée à la proportion de sujets susceptibles de la contracter : ainsi, plus le nombre de personnes vaccinées augmente, plus le risque de transmission diminue. Et lorsque ce nombre devient très important, les personnes immunisées font barrage entre les individus contagieux et les individus non immunisés. Le pathogène cesse alors de circuler dans la population. Une telle protection de groupe protège donc les sujets vaccinés, mais aussi les non vaccinés.

Cette stratégie a déjà permis d'éliminer la variole, en France et à travers le monde. Elle permet en outre de limiter la diffusion de nombreux autres germes et pourrait conduire à l'élimination de maladies comme la rougeole ou l'hépatite B. L'OMS a élaboré un plan d'action en ce sens.” (61,62)

2.7 - Assistance aux personnes en difficulté

Article R4127-235

« Lorsqu'un chirurgien-dentiste discerne, dans le cadre de son exercice, qu'un mineur paraît être victime de sévices ou de privations, il doit, en faisant preuve de prudence et de circonspection, mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger et, le cas échéant, alerter les autorités compétentes s'il s'agit d'un mineur de quinze ans, conformément aux dispositions du code pénal relatives au secret professionnel. »

2.7.1 Femmes victimes de violences

Chaque année, en France, 223.000 femmes âgées de 18 à 59 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou de leur ex-conjoint. Ces violences ont évidemment des répercussions lourdes tant au niveau physique que psychologique.

En tant que professionnel de santé, nous avons à la fois un devoir éthique d'aide à ces personnes et un rôle privilégié pour dépister ces situations car les traumatismes faciaux et/ou dentaires sont des signes d'appels importants.

Nous devons être capables de prendre en soins ces patientes d'un point de vue dentaire mais également de les accueillir, de les accompagner et de les orienter de façon adéquate vers l'aide dont elles ont besoin et qu'elles peuvent demander. Afin d'informer les patientes de notre disponibilité à cet égard, le Conseil National de l'Ordre a récemment sorti une affiche (63) à mettre en salle d'attente ou dans le bureau du praticien (Annexe 6) en collaboration avec la Miprof (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et de lutte contre la traite des êtres humains). Des kits pédagogiques composés de courts-métrages et de livrets sont également mis à la disposition des praticiens sur le site « stop-violences-femmes.gouv.fr ».

Si nous sommes face à cette situation lors d'une consultation nous devons au minimum délivrer certaines informations de base. A savoir :

- Avoir une attitude bienveillante ;
- Préserver la confidentialité ;
- Affirmer clairement que les violences sont interdites par la loi et que les actes de violence relèvent de la seule responsabilité de leur auteur ;
- Conseiller à la patiente de se rendre, en cas d'urgence, dans les locaux des services de police ou de gendarmerie ou encore d'appeler soit le 17 soit le 112 (à partir d'un téléphone portable), numéros qui permettent de joindre ces services ;
- Inviter la victime à joindre le 3919 (Violences Femmes Info), numéro gratuit d'écoute et d'information anonyme qui n'est repérable ni sur les factures ni sur les téléphones ;
- Informer la victime de l'existence d'associations d'aide aux victimes ;
- Informer la victime de la possibilité de porter plainte. Au-delà des conseils à délivrer, lorsque le chirurgien- dentiste suspecte un cas de maltraitance, il peut produire un « Certificat médical initial ».

Nous devons également être attentif au fait qu'une patiente violentée peut venir en consultation accompagnée par son agresseur. Il sera donc préférable autant que possible de recevoir les patients seuls (sauf s'ils font la demande expresse du contraire, en raison de phobie par exemple.)

Le site stop-violences-femmes.gouv.fr nous permet également de connaître les associations existant autour de notre lieu d'exercice (64), de prendre contact avec la Miprof et de se tenir au courant des formations organisées chaque année pour les professionnels de santé (65).

De manière plus marginale, il existe aussi un certain nombre d'hommes victimes de violence conjugale. Les cas sont plus rares, moins bien documentés car plus tabou encore, et il existe peu de structure tournée vers ce problème. Bien évidemment, notre devoir d'assistance et notre prise en soins seront les mêmes que précédemment envers les femmes.

2.7.2 Enfant maltraité (66)

Article 226-13 du Code Pénal (CP): « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende »

L'art 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre il n'est pas applicable : à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique... ».

Si pour une personne adulte maltraitée, la décision finale lui revient en ce qui concerne le signalement de la situation aux autorités compétentes, il en est autrement lorsque la victime de violences est mineure ou en incapacité de se défendre.

Le défaut de signalement, c'est-à-dire avoir constaté qu'un enfant est en danger sans prendre les mesures nécessaires peut donner lieu à des poursuites dirigées contre celui ou ceux qui se sont abstenus de signaler et aurait comme fondement l'article 223-6 CP qui sanctionne la non-assistance à personne en danger : « Sera puni des mêmes peines (5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende) quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours ». et l'article 434-3 du Code Pénal : « Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13. »

De plus, la loi du 5 novembre 2015 met l'ensemble des professionnels de santé à l'abri de toute poursuite pénale pour violation du secret professionnel, sauf s'il est établi qu'ils n'ont pas agi de bonne foi (67).

La maltraitance sur mineur regroupe les violences physiques, psychologiques et la privation volontaire de soins (qui peut être active ou passive).

Le signalement ne sera fait qu'auprès des autorités judiciaires (par exemple Procureur de la République), médicales (par exemple médecin de la PMI) ou administratives (par exemple DDASS). Les autres signalements étant susceptibles d'être qualifiés de violation du secret.

La loi stipule de procéder au signalement des sévices dont « on a eu connaissance » et n'exige pas que l'on en ait été témoin direct ni que l'on ait une certitude sur leur existence. Il faut, bien entendu, être raisonnable dans ce domaine et que les faits relatés aient une certaine crédibilité, sans pour autant négliger la moindre déclaration d'un enfant qui, enfin, a parlé.

Dans le choix du destinataire du signalement, il faut prendre en compte essentiellement le degré d'urgence de la situation : si les sévices peuvent se renouveler très rapidement, le signalement doit être fait auprès du Procureur ; si le risque est à moyen ou long terme, une enquête sociale de la DDASS est souvent mieux adaptée. Même si le téléphone peut être utilisé dans les cas d'urgence, le signalement doit toujours être confirmé par écrit, si possible par lettre recommandée, en donnant tous les éléments dont on dispose. Dans certaines situations l'hospitalisation de l'enfant est la meilleure solution afin de le protéger et d'y voir plus clair, ou son orientation vers le service des urgences médico-judiciaires, particulièrement formé à ces cas (par exemple de suspicion de viol).

Le 119 est également un interlocuteur possible joignable en toutes circonstances, gratuitement, par toutes les parties (professionnels, familles, enfants.).

Si parfois, la peur de mal faire ou de signaler à tort peut nous retenir le site du ministère indique clairement « Mieux vaut signaler les soupçons que vous pouvez avoir sur la sécurité physique et morale d'un enfant, au risque de vous tromper, plutôt

que de laisser un enfant en souffrance. » (68). Dans les pays à hauts revenus, 10% des enfants sont victimes de maltraitance, c'est donc un enjeu très important de la Santé Publique que de repérer et prévenir ces risques. La HAS (69) nous encourage à « y penser souvent même devant des signes non spécifiques car la maltraitance est plus fréquente qu'on ne le croit. » dans son mémo de 2014 (70) (et le rapport d'élaboration) qui récapitule les signes d'appels et les conduites à tenir.

La maltraitance regroupe donc les violences physiques, morales, sexuelles mais aussi la négligence et le manque affectif. Dans notre profession peut se poser la question de savoir si un grand nombre de dents cariées et une absence de suivi bucco-dentaire de l'enfant, notamment après que les parents aient été informés qu'il fallait traiter ces caries, peut constituer une négligence suffisante pour le signaler. Ce sera évidemment à chaque praticien d'évaluer la situation bucco-dentaire et générale en son âme et conscience.

Il convient de faire la différence entre la négligence active et passive :

La négligence passive se produit inconsciemment et elle est due généralement à l'ignorance ou au manque de clairvoyance des parents ou d'une autre personne responsable de l'éducation. Dans le cas d'une négligence active, l'enfant est privé volontairement des soins nécessaires. Les limites entre la négligence active et passive sont toutefois souvent floues.

Au niveau clinique, les signes peuvent être nombreux et variés tant sur l'aspect général de l'enfant (habillement, hygiène...) que sur des points plus spécifiques, par exemple des blessures exo-buccales (brûlures, contusions au niveau de la face) voire intra-buccale (frein labial déchiré, signes buccaux de maladie sexuellement transmissible, dent cassée). Evidemment il faut toujours garder à l'esprit qu'un enfant peut chuter fréquemment, ce sont donc des signes d'appels qui doivent nous obliger à pousser les questions un peu plus loin pour vérifier la crédibilité des réponses, voire la cohérence entre ce que dit l'enfant et les parents, etc.

Un enfant maltraité pourra aussi avoir certaines attitudes spécifiques selon son âge et les sévices qu'il peut subir, et ces comportements inhabituels doivent nous faire penser à la maltraitance comme étant une cause possible.

Si un enfant se confie à nous, de préférence seul à seul, il convient de le rassurer, de lui assurer que nous le croyons et de poser des questions ouvertes pour tirer les événements au clair, en lui faisant comprendre que nous sommes là pour l'aider.

Le chirurgien-dentiste n'a pas pour fonction de prendre en charge la maltraitance infantile mais il est de son devoir d'être à même de la dépister, de la signaler aux autorités compétentes et d'adresser l'enfant aux structures de prises en charge (71). Bien évidemment, le meilleur moyen d'être prêt face à ce genre de situation est de suivre une formation à ce propos (72).

2.7.3 Dépression et problèmes psychologiques

En France, 3 millions de personnes de 15 à 75 ans sont touchées par la dépression au cours des douze derniers mois et 9 millions au cours de leur vie. L'INPES et le Ministère de la Santé, dans le cadre du Plan Psychiatrie et Santé Mentale, cherche à faire connaître et reconnaître la dépression car l'ignorance entraîne un non recours aux soins et un retard de diagnostic et des soins : « Il s'agit d'aider le grand public à prendre conscience de la gravité de la dépression, de lui permettre de la distinguer de la « déprime », d'en améliorer la connaissance (symptômes, degrés de gravité, diversité de modalités de prise en charge, variété des intervenants professionnels...) et d'inciter au dialogue avec les proches et les professionnels de santé. L'objectif de santé publique est de favoriser le recours aux soins de ceux qui en ont le plus besoin et de raccourcir les délais dans lesquels un diagnostic est établi, avec une prise en charge adaptée à chaque type de dépression (degré de sévérité, contexte de survenue, spécificités du patient, etc.). »

Bien que nous ne soyons pas forcément en première ligne, notre statut de professionnel de santé peut amener le patient à se confier à nous, parfois de façon surprenante et inattendue, parfois comme un appel à l'aide.

Le site info-depression.fr (73) (disponible sur Santé Publique France(74)) possède un espace professionnel où l'on peut télécharger la brochure (très) complète (75) sur le sujet et les dépliants à mettre en salle d'attente pour orienter le patient vers cette brochure. Le patient qui se confierait à nous peut être orienté vers son médecin traitant hors cas d'urgences où ses propos nous laisseraient penser qu'il court un

danger immédiat. Nous pouvons également lui donner les coordonnées d'association spécialisée comme SOS Suicide ou Suicide Ecoute.

Il faut rappeler que la dépression est la première cause de suicide : près de 70 % des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent non diagnostiquée ou non traitée.

2.8 Autres

Il ne s'agit évidemment pas d'une liste exhaustive mais simplement des cas qui semblent être les plus fréquemment rencontrés et les plus faciles à mettre en place par une information simple. Le praticien modulera son discours selon son ressenti, son patient et ses demandes particulières, la tournure que prend la conversation, etc. Il n'est pas rare que des patients présentant certaines pathologies spécifiques (Sclérose en plaque ou spondylarthrite par exemple) se confient à nous sur les difficultés que leur font vivre leur maladie et nous devons bien sûr être également attentif et disponible pour eux, mais notre action sera généralement limitée en dehors de pouvoir prêter une oreille attentive et d'assurer un soutien psychologique, il sera préférable de les réorienter vers leur médecin traitant.

3 Moyens

Tous ces domaines sont donc des interventions possibles au niveau de la prévention qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire afin d'avoir un impact sur la santé globale du patient. Les moyens pour mettre en œuvre cette prévention sont multiples et complémentaires et chacun d'entre eux trouvera une résonnance différente selon le praticien, le patient et leur relation.

On pourra proposer plusieurs façons de procéder :

- L'affichage en salle d'attente
- La mise à disposition de fascicules et de brochures en salle d'attente ou remis directement au patient pour plus d'impact s'il est plus personnellement concerné par une situation.
- L'ajout de questions lors de l'anamnèse médicale (sur questionnaire papier et/ou à l'oral) et l'entretien direct avec le patient.

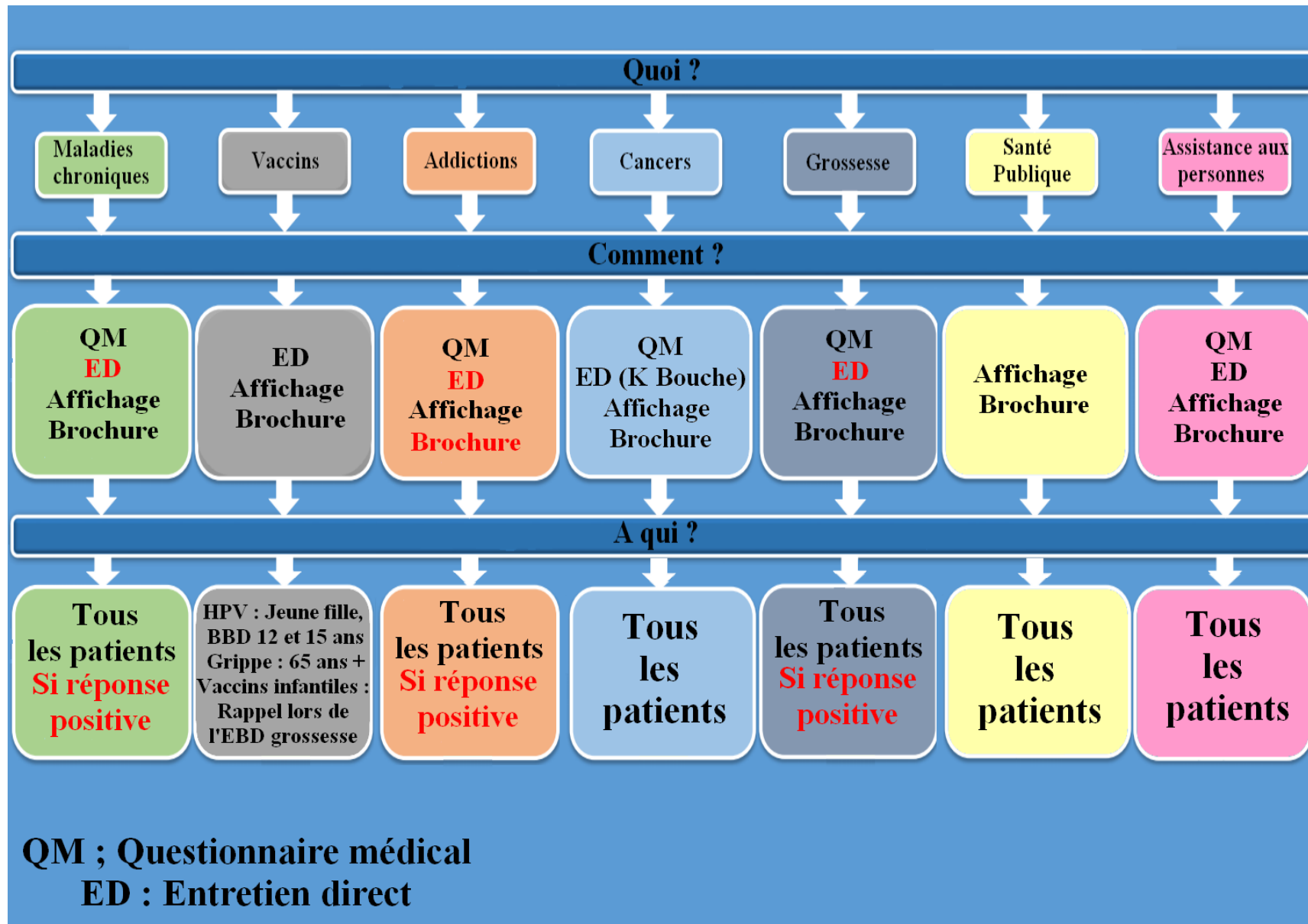
3.1 Création d'une fiche récapitulative pour le praticien

La santé globale du patient est un sujet vaste et il peut être difficile d'intégrer tout ce qui a été vu précédemment dans la consultation de routine, notamment pour un jeune praticien qui doit déjà faire face à tout ce que requiert la pratique de la chirurgie dentaire en tant que telle. Néanmoins, il ne s'agit pas forcément d'être au point tout de suite dans tous les domaines mais plutôt de savoir qu'ils existent et d'avoir à l'esprit de les intégrer progressivement : quand un domaine est totalement intégré, on complète ses compétences et sa consultation en la développant dans une direction supplémentaire.

La création d'une fiche récapitulative peut aider le praticien dans ce sens.

3.2 Fiche récapitulative

Ce tableau permet de se rendre compte qu'en dehors de certaines vaccinations spécifiques et de la grossesse, les autres domaines peuvent être quasi-systématisés.



4 Discussion

Cette réflexion sur le rôle du chirurgien-dentiste dans la santé publique était ici purement théorique. Afin d'évaluer la pertinence et l'efficacité de cette démarche au cabinet mais aussi le ressenti des patients (Sont-ils plutôt satisfaits d'être pris en soin d'une manière globale ? Sont-ils conscients des liens entre leur santé générale et bucco-dentaire ? Sont-ils réceptifs aux messages délivrés ?) et des praticiens (Se sentent-ils à l'aise pour délivrer ces messages, les intégrer dans leur pratique ? Comment envisagent-ils de se former pour certains domaines ? Sont-ils disposés à prendre le temps nécessaire à ces dialogues supplémentaires ?), il conviendrait de mener deux enquêtes exploratoires parallèles afin de recueillir ces deux points de vue et d'améliorer le fond et la forme des messages de santé publique que nous faisons passer. Cela pourrait se faire sous la forme d'un questionnaire à distribuer sur un nombre et une variété suffisante de patients et de praticiens.

Cela permettrait de mettre en lumière les avantages d'intégrer la prise en soin globale mais aussi d'étudier ses limites : cela se fait sur une population qui vient consulter, (donc qui a déjà certaines habitudes sanitaires), cela demande du temps et éventuellement une formation supplémentaire du praticien dans un système qui encourage peu les démarches de prévention à ce niveau : la prévention ne représente que 7% des dépenses de santé en France. C'est aussi une question de culture, certains pays conditionnent par exemple le remboursement des soins à des visites de contrôle régulières. La prévention est vue de façon plus coercitive.

De plus, les avantages d'une telle prise en charge seraient sans doute potentialisés par une bonne coopération médicale, c'est-à-dire notamment dans des structures pluridisciplinaires. Mais même dans des structures séparées, nous pouvons faire de la « prévention croisée » c'est-à-dire placer dans notre cabinet des affiches de prévention concernant plutôt la médecine générale, de même qu'un médecin généraliste pourra placer dans sa salle d'attente une affiche du type « Pensez à consulter un chirurgien-dentiste régulièrement. »

L'élaboration du type de message de prévention (positif, négatif, centré sur l'espoir ou au contraire sur la peur) ne se fait pas par le professionnel de santé qui relaiera généralement le support des autorités de santé, il peut néanmoins être intéressant de s'intéresser à l'impact des différentes formes de présentations afin d'en teinter sa pratique personnelle dans les entretiens directs. (76,77)

De plus, toujours dans l'idée de travailler la forme dans laquelle le message est délivrée afin de capter l'attention des patients, d'autres solutions peuvent être testées et évaluées : par exemple, un écran en salle d'attente diffusant des spots de prévention, plus attrayant pour le regard qu'une brochure posée sur une table.

Le chirurgien-dentiste devra aussi prendre garde à remplir un rôle bien précis de relais de l'information médicale et de soutien de la prise en soin du médecin généraliste sans bien entendu dépasser ses propres compétences ni empiéter sur celles du reste des professionnels de santé.

5 Conclusion

La pratique de la chirurgie dentaire peut s'inscrire dans une pratique beaucoup plus large de prise en soin globale du patient. Dans une optique à la fois personnelle et de coopération avec les autres professions de santé (Médecin généraliste et autorités de santé notamment si cela est fait dans le cadre d'une maison de santé pluridisciplinaires) et le patient lui-même nous pouvons chercher à faire en sorte que chaque consultation soit une chance pour le patient d'avoir accès à la prévention à travers les campagnes nationales que nous pouvons relayer ainsi qu'à des conseils personnalisés selon l'anamnèse. En effet, l'INSERM nous apprend que les inégalités de santé sont avant tout des inégalités d'accès à la prévention plutôt que des inégalités d'accès aux soins. D'autres études nous démontrent qu'une intervention même minimale est très supérieure en termes de bénéfices à l'absence d'intervention. Il serait donc très positif de le faire chaque fois que l'occasion se présente : cela permet un bénéfice pour le patient et renforce notre rôle de soignant au service de la santé publique et individuelle. La technicité de notre métier ne doit pas réduire notre pratique à cet aspect de « techniciens de la bouche » mais, au contraire, nous pouvons l'élargir en faisant prendre conscience aux patients des liens entre une bonne santé générale et une bonne santé bucco-dentaire et au-delà, de l'importance à accorder à leurs corps, à la prévention et au dépistage de certaines pathologies dont celles pour lesquelles nous avons la chance qu'ils existent dans notre pays des programmes organisés par les pouvoirs publics.

Références bibliographiques

1. Dentistes ON des C. Consulter le Code de déontologie [Internet]. 2009 [cité 30 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/code-de-deontologie/consulter-le-code-de-deontologie.html>
2. Code de la santé publique | Legifrance article intro [Internet]. [cité 3 oct 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=F0231D39D27E11EAB3C806ADE1AF20A2.tpdila15v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006170991&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160930
3. Wikiwix's cache [Internet]. [cité 3 nov 2016]. Disponible sur: <http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http%3A%2F%2Fwww.phac-aspc.gc.ca%2Fccph-cesp%2Fglos-r-z-fra.php>
4. Gordon R, McDermott L, Stead M, Angus K. The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: what's the evidence? Public Health. déc 2006;120(12):1133-9.
5. ARS - Agences Régionales de Santé: Maisons de Santé Pluriprofessionnelles [Internet]. [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Maisons-de-Sante-Pluriprofessi.123851.0.html>
6. Haute Autorité de Santé - Prévention [Internet]. [cité 15 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_410178/fr/prevention
7. L'état de santé de la population en France / Populations et santé / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cité 24 mai 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Populations-et-sante/L-etat-de-sante-de-la-population-en-France>
8. Santé publique France - L'état de santé de la population en France : publication du rapport 2017 [Internet]. [cité 24 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiques/L-etat-de-sante-de-la-population-en-France-publication-du-rapport-2017>
9. Maladie chronique : L'appropriation d'une maladie chronique [Internet]. [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.lab-epsylon.fr/conduites-sante/maladie-chronique-appropriation-une-maladie-chronique-94-83.html>
10. Ninot G. L'anxiété et la dépression associées à la BPCO : une revue de question. Rev Mal Respir. juin 2011;28(6):739-48.
11. Grimaldi A. La maladie chronique. Trib Santé. no 13(4):45-51.
12. these-em-pharmacie.pdf [Internet]. [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.entretienmotivationnel.org/medias/these-em-pharmacie.pdf>
13. Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Education thérapeutique:

- Prévention et maladies chroniques. Elsevier Health Sciences; 2013. 400 p.
14. Tsioufis C, Kasiakogias A, Thomopoulos C, Stefanadis C. Periodontitis and blood pressure: the concept of dental hypertension. *Atherosclerosis*. nov 2011;219(1):1-9.
 15. Diabète de type 2 ou diabète non insulino-dépendant (DNID) [Internet]. [cité 29 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/diabete-de-type-2-dnid>
 16. Les chiffres [Internet]. Centre Européen d'Etude du Diabète. [cité 15 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ceed-diabete.org/fr/le-diabete/les-chiffres/>
 17. Dyslipidémies - La maladie - Vidal.fr [Internet]. [cité 5 nov 2016]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/recommandations/1469/dyslipidemies/la_maladie/
 18. Fu Y-W, Li X-X, Xu H-Z, Gong Y-Q, Yang Y. Effects of periodontal therapy on serum lipid profile and proinflammatory cytokines in patients with hyperlipidemia: a randomized controlled trial. *Clin Oral Investig*. 5 oct 2015;20(6):1263-9.
 19. Oz SG, Fentoglu O, Kilicarslan A, Guven GS, Tanrtover MD, Aykac Y, et al. Beneficial Effects of Periodontal Treatment on Metabolic Control of Hypercholesterolemia. *ResearchGate*. 1 août 2007;100(7):686-91.
 20. Fentoglu O, Bozkurt FY. The Bi-Directional Relationship between Periodontal Disease and Hyperlipidemia. *Eur J Dent*. avr 2008;2:142-6.
 21. Insee - Conditions de vie-Société - L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent [Internet]. [cité 11 oct 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1123
 22. Code de la santé publique | Legifrance Activité physique [Internet]. [cité 3 oct 2016]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=5F216EB7DC0C05FA1487FA6B2BD08CE2.tpdila15v_3?idSectionTA=LEGISCTA000022657410&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20161003
 23. Surpoids de l'enfant : le dépister et en parler précocement - Repères pour votre pratique - Septembre 2011 [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=1364>
 24. 2013_Medecine_ProdhommeLaurene.pdf [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2013_Medecine_ProdhommeLaurene.pdf
 25. exercer, la revue francophone de Médecine Générale [Internet]. exercer, la revue francophone de Médecine Générale. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr>
 26. PP.135-141_EXERCER_84.pdf [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/PP.135-141_EXERCER_84.pdf
 27. Santé - Manger Bouger Professionnel [Internet]. [cité 12 oct 2016]. Disponible sur:

- <http://www.mangerbouger.fr/pro/sante>
28. L'Hépatite B en chiffres [Hépatites Info Service] [Internet]. [cité 9 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.hepatites-info-service.org/?Hepatitis-B-Chiffres>
 29. L'hépatite C en chiffres [Hépatites Info Service] [Internet]. [cité 9 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.hepatites-info-service.org/?Hepatitis-C-Chiffres>
 30. INPES - Calendrier des vaccinations 2016 [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/calendrier/calendrier-vaccination.asp>
 31. hcspa20160219_recovaccinfhphvhommes.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: https://www.mesvaccins.net/textes/hcspa20160219_recovaccinfhphvhommes.pdf
 32. La ministre de la Santé veut rendre obligatoire la vaccination [Internet]. Sciences et Avenir. [cité 26 juin 2017]. Disponible sur: https://www.sciencesetavenir.fr/sante/la-ministre-de-la-sante-agnes-buzyn-veut-rendre-obligatoire-la-vaccination-contre-11-maladies_113880
 33. HCSP. Vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées et les professionnels de santé [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2014 mars [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=424>
 34. Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. oct 2015;25(5):824-8.
 35. Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control*. juin 1995;4(2):162-9.
 36. Conseiller l'arrêt [Internet]. [cité 29 janv 2017]. Disponible sur: <http://pro.tabac-info-service.fr/Conseiller-l-arret/Conseiller-l-arret>
 37. Comment Motiver Ses Patients à Arrêter De Fumer? [Internet]. The Dentalist. 2013 [cité 29 janv 2017]. Disponible sur: <http://thedentalist.fr/comment-motiver-ses-patients-a-arreter-de-fumer/>
 38. Professionnels de santé / Espaces professionnels / page d'accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/Espaces-professionnels/Professionnels-de-sante>
 39. pédiatrie S canadienne de. La prévention du tabagisme chez les enfants et les adolescents : des recommandations en matière de p | Documents de principes et points de pratique | La prévention du tabagisme chez les enfants et les adolescents : des recommandations en matière de p | Société canadienne de pédiatrie [Internet]. [cité 16 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.cps.ca/fr/documents/position/la-prevention-du-tabagisme#ref33>
 40. Thomas RE, Baker PRA, Thomas BC, Lorenzetti DL. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 27 févr 2015;(2):CD004493.

41. Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev.* 30 avr 2013;(4):CD001293.
42. Alcool et tabac, initiation et sevrage - Stop-tabac.ch [Internet]. [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.stop-tabac.ch/fr/les-effets-du-tabagisme-sur-la-sante/alcool-et-tabac-initiation-et-sevrage>
43. Les chiffres clés du cannabis [Internet]. Drogues Info Service. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Les-chiffres-cles/Les-chiffres-cles-du-cannabis>
44. Joshi S, Ashley M. Cannabis: A joint problem for patients and the dental profession. *Br Dent J.* 10 juin 2016;220(11):597-601.
45. Antoniazzi RP, Zanatta FB, Rösing CK, Feldens CA. Association Among Periodontitis and the Use of Crack Cocaine and Other Illicit Drugs. *J Periodontol.* déc 2016;87(12):1396-405.
46. Les troubles alimentaires (TCA) - ameli-santé [Internet]. [cité 15 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/troubles-du-comportement-alimentaire-anorexie-et-boulimie/trouble-comportement-alimentaire-definition.html>
47. Kavitha PR, Vivek P, Hegde AM. Eating disorders and their implications on oral health--role of dentists. *J Clin Pediatr Dent.* 2011;36(2):155-60.
48. Uhlen M-M, Tveit AB, Refsholt Stenhagen K, Mulic A. Self-induced vomiting and dental erosion – a clinical study. *BMC Oral Health.* 2014;14:92.
49. Lenoir M, Serre F, Cantin L, Ahmed SH. Intense Sweetness Surpasses Cocaine Reward. *PLoS ONE* [Internet]. 1 août 2007 [cité 22 févr 2017];2(8). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1931610/>
50. Alcool et tabac, les conséquences conjointes - Stop-tabac.ch [Internet]. [cité 1 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.stop-tabac.ch/fr/les-effets-du-tabagisme-sur-la-sante/alcool-et-tabac-les-consequences-conjointes>
51. Outils de communication grand public - Publications sur le cancer | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 12 déc 2016]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Collections/Outils-de-communication-grand-public#collection_50565
52. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
53. Institut National Du Cancer - Accueil [Internet]. [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
54. Dépistage du cancer du col de l'utérus : le frottis cervico-utérin - Dépistage du cancer du col de l'utérus | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus/Le-depistage-par-frottis-cervico-uterin>

55. Cancer du sein : le dépistage sera proposé dès 25 ans [Internet]. La Parisienne. 2017 [cité 26 avr 2017]. Disponible sur:
<http://www.leparisien.fr/laparisienne/actualites/societe/cancer-du-sein-le-depistage-sera-propose-des-25-ans-06-04-2017-6830091.php>
56. FAQ Radiologie dentaire [Internet]. [cité 27 sept 2016]. Disponible sur:
http://www.irsn.fr/FR/professionnels_sante/faq/Pages/faq_radiologie_dentaire.aspx#.V-pi5_CLSM9
57. GYNÉCOLOGIE ET SANTÉ DES FEMMES. Grossesse 2 [Internet]. [cité 27 sept 2016]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_08.htm#haut
58. Espace médecins traitants - Agence de la biomédecine [Internet]. [cité 3 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.agence-biomedecine.fr/Espace-medecins-traitants>
59. Code de la santé publique | Legifrance Organe [Internet]. [cité 3 oct 2016]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=5F216EB7DC0C05FA1487FA6B2BD08CE2.tpdila15v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006154986&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20161003
60. Cristal - Agence de la biomédecine [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur:
<https://www.agence-biomedecine.fr/Cristal>
61. Vaccins et vaccination [Internet]. [cité 11 oct 2016]. Disponible sur:
<http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/vaccins-et-vaccination>
62. OMS | Plan d'action mondial pour les vaccins 2011 - 2020 [Internet]. WHO. [cité 11 oct 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/fr/
63. Dentistes ON des C. Actualités [Internet]. 2008 [cité 3 mai 2017]. Disponible sur:
http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=602&cHash=f43f476e450d2b2251b55f570a4ea6d6
64. Les dentistes du Tarn se forment pour agir contre les violences faites aux femmes [Internet]. ladepeche.fr. [cité 3 mai 2017]. Disponible sur:
<http://www.ladepeche.fr/article/2017/03/09/2532130-dentistes-tarn-forment-agir-contre-violences-faites-femmes.html>
65. Les dentistes formés à repérer les violences conjugales [Internet]. France 3 Occitanie. [cité 26 avr 2017]. Disponible sur: <http://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/tarn/albi/dentistes-formes-reperer-violences-conjugales-1213871.html>
66. Enfant battu, maltraité ou privé de soin | service-public.fr [Internet]. [cité 3 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F952>
67. LOI n° 2015-1402 du 5 novembre 2015 tendant à clarifier la procédure de signalement de situations de maltraitance par les professionnels de santé | Legifrance [Internet]. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/11/5/AFSX1507632L/jo>

68. Fiche repère : les solutions pour aider un enfant en danger [Internet]. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/fiche-repere-les-solutions-pour-aider-un-enfant-en-danger/>
69. Haute Autorité de Santé - Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir [Internet]. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-l-enfant-reperage-et-conduite-a-tenir
70. fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf [Internet]. [cité 24 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/fiche_memo_maltraitance_enfant.pdf
71. 387.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.cda-adc.ca/jadc/vol-65/issue-7/387.pdf>
72. DP-violencesEnfants2017.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/02/DP-violencesEnfants2017.pdf>
73. info-depression.fr - Page d'accueil [Internet]. [cité 26 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.info-depression.fr/>
74. Santé publique France - Accueil [Internet]. [cité 5 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/>
75. info-depression.fr - Espace Professionnel [Internet]. [cité 8 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.info-depression.fr/?page=outils>
76. Courbet D. Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages suscitant de la peur. Commun Inf Médias Théories Prat. 15 févr 2003;(Vol. 22/1):100-20.
77. Peur_prevention.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2016]. Disponible sur: http://www.ireps-picardie.fr/Prevention_malveillante/Peur_prevention.pdf

Annexes

Annexe 1 : Brochure de prévention. Incitation au vaccin HPV.



**une fois vaccinée,
ma fille sera-t-elle dispensée
de frottis de dépistage ?**

Le dépistage régulier reste nécessaire, car la vaccination ne protège pas contre tous les types de virus HPV. À partir de 25 ans, même vaccinées, toutes les femmes doivent faire un frottis de dépistage tous les 3 ans (après 2 premiers frottis normaux espacés d'1 an).

**Le vaccin peut-il avoir
des effets indésirables ?**

Les vaccins ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse avant leur mise sur le marché chez plusieurs milliers de jeunes filles. La surveillance après mise sur le marché ne montre pas, à ce jour, de complications significatives associées à cette vaccination.

Les éventuels effets secondaires sont des réactions locales au point d'injection, parfois de la fièvre, et plus rarement un malaise avec possible perte de connaissance. Le repos est conseillé dans les minutes qui suivent l'injection, qui doit être réalisée en position allongée.

Comme pour tout médicament, il est important de faire part à votre médecin de tout effet indésirable que vous pourriez constater. Vous pouvez également le signaler au centre de pharmacovigilance de votre région.

**face au cancer du col de l'utérus,
il y a deux moyens pour agir**

- Se faire vacciner contre les HPV entre 11 et 14 ans. La vaccination peut également être proposée en rattrapage jusqu'à 19 ans inclus.
- Faire un frottis de dépistage tous les 3 ans entre 25 et 65 ans, que l'on soit vaccinée ou non.

» Parlez-en avec votre médecin.

**pour en savoir plus, rendez-vous sur
www.e-cancer.fr ou appelez**

CANCERINFO 0810 810 821
Pro d'un appel gratuit








**prévention du cancer
du col de l'utérus**

**» La vaccination contre les HPV
entre 11 et 14 ans pour éviter demain
un éventuel cancer du col de l'utérus.**



www.e-cancer.fr



? ?



**Pourquoi faire vacciner
ma fille contre les HPV ?**

Les papillomavirus humains (HPV) sont la principale cause de cancer du col de l'utérus.

La contamination a lieu le plus souvent dans les premières années de la vie sexuelle. Environ 80 % des femmes sont exposées à ces virus au cours de leur vie. En général, leur corps parvient à les éliminer, mais il arrive que l'infection persiste et provoque des anomalies (lésions) au niveau du col de l'utérus, qui peuvent évoluer vers un cancer des années plus tard.

La vaccination est une protection efficace contre les principaux virus HPV responsables du cancer du col de l'utérus.

Cependant, elle ne protège pas contre tous les types de HPV et n'élimine pas totalement le risque de cancer. Elle ne dispense donc pas d'un dépistage régulier par frottis à partir de 25 ans.

**Ensemble, la vaccination
et le dépistage offrent
la meilleure protection contre
le cancer du col de l'utérus.**

**comment se transmettent
les virus HPV ?**

Ces virus se transmettent par simple contact au niveau des parties génitales, le plus souvent lors de rapports sexuels, avec ou sans pénétration. Le préservatif, qui protège contre de nombreuses infections sexuellement transmissibles, ne protège que partiellement contre les HPV.



quand faire vacciner ma fille ?

La vaccination contre les HPV est recommandée entre 11 et 14 ans. Elle peut également être proposée en rattrapage aux jeunes filles jusqu'à 19 ans inclus.

Il est important que votre fille soit vaccinée avant d'être exposée au risque d'infection par ces virus, c'est-à-dire avant le début de sa vie sexuelle. En effet, les risques de contamination par les HPV apparaissent dès les premiers rapports sexuels.

L'une des doses de ce vaccin peut être administrée à l'occasion du rendez-vous vaccinal prévu entre 11 et 13 ans pour le rappel dTcaP*.

*Diphthérie, tétanos, coqueluche, poliomélie.

**comment se déroule
la vaccination ?**

Il existe actuellement 2 vaccins contre les HPV. Quel que soit le vaccin utilisé, 3 injections sont indispensables pour que la vaccination soit efficace. Il est donc important de respecter le schéma vaccinal suivant :

- 1^{re} injection entre 11 et 14 ans ou en rattrapage jusqu'à 19 ans inclus.
- 2^e injection 1 à 2 mois après la 1^{re} injection (selon le vaccin utilisé).
- 3^e injection 4 à 5 mois après la 2^e injection (selon le vaccin utilisé).

Les 3 injections doivent être réalisées avec le même vaccin. Si vous avez dépassé le délai indiqué entre 2 injections, il est tout de même possible de poursuivre la vaccination. Parlez-en à votre médecin.

combien ça coûte ?

La dose de vaccin nécessaire pour une injection coûte environ 120€*. Ce coût est pris en charge à 65% par l'Assurance Maladie. Le reste est généralement remboursé par les organismes complémentaires. Pour les personnes qui bénéficient de la CMUC, la prise en charge est à 100% et sans avance de frais.

* Prix constatés en avril 2013.

Annexe 2 : Test de Fägerstrom

Combien de cigarettes fumez-vous par jour?			
Moins de 15	0	De 15 à 25	1
		Plus de 25	2
Quel est le taux de nicotine de vos cigarettes?			
Moins de 0,8mg	0	De 0,8 à 1,5mg	1
		Plus de 1,5mg	2
Avez-vous la fumée?			
Oui	1	Non	0
Fumez-vous de façon plus rapprochée le matin que l'après-midi?			
Oui	1	Non	0
A quel moment fumez-vous votre première cigarette?			
Dans la demi-heure qui suit le lever	1	Plus tard	0
Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable?			
La première	1	une autre	0
Fumez-vous même si une maladie (grippe, angine) vous oblige à rester au lit?			
Oui	1	Non	0
Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits (cinémas, salles d'attente, avions)?			
Oui	1	Non	0

Score de dépendance :

de 0 à 3 : dépendance faible ou nulle

de 4 à 6 : dépendance moyenne

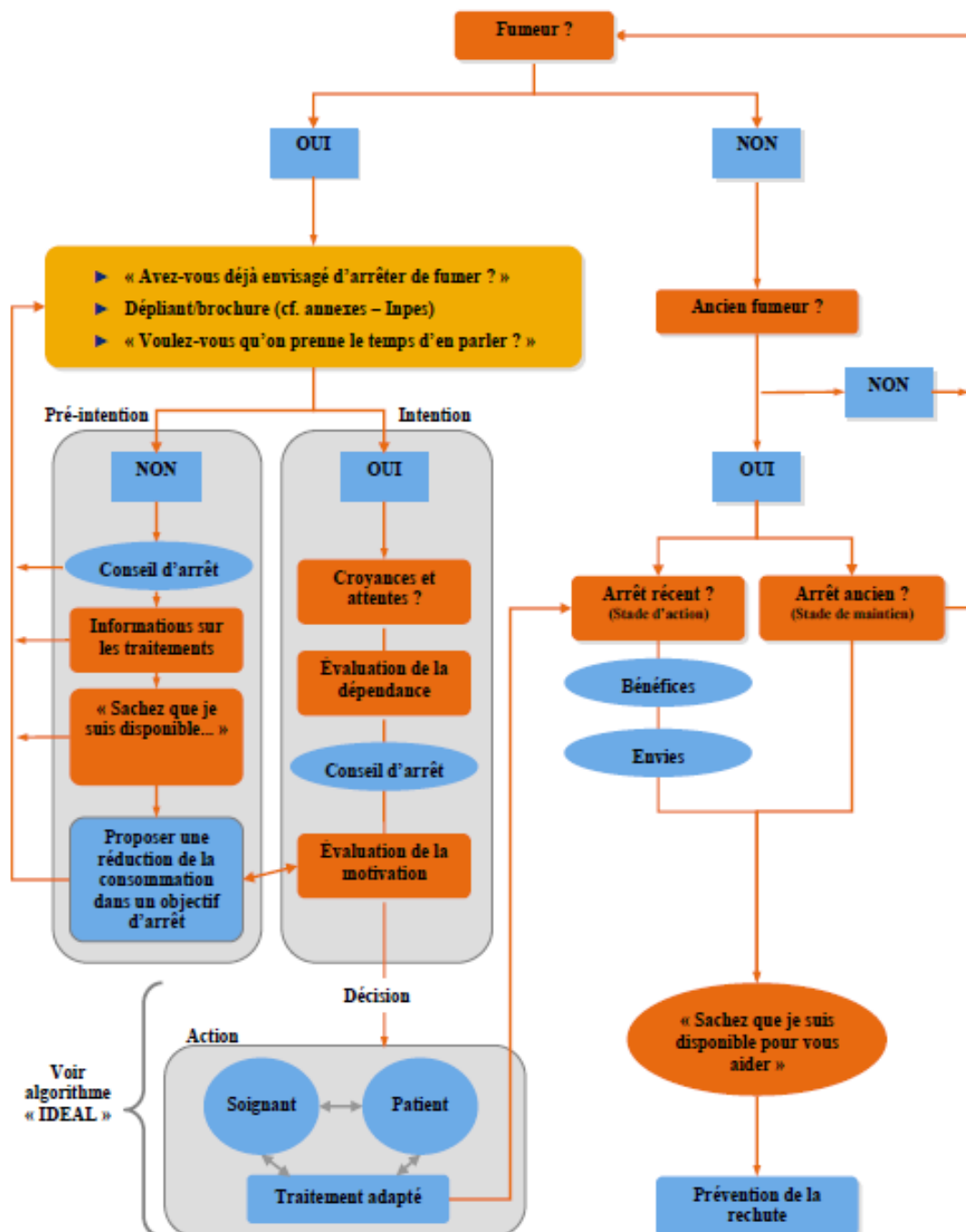
de 7 à 9 : dépendance forte

10 : dépendance très forte

Annexe 3 : Arbre décisionnel dans la prise en charge des patients fumeurs

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

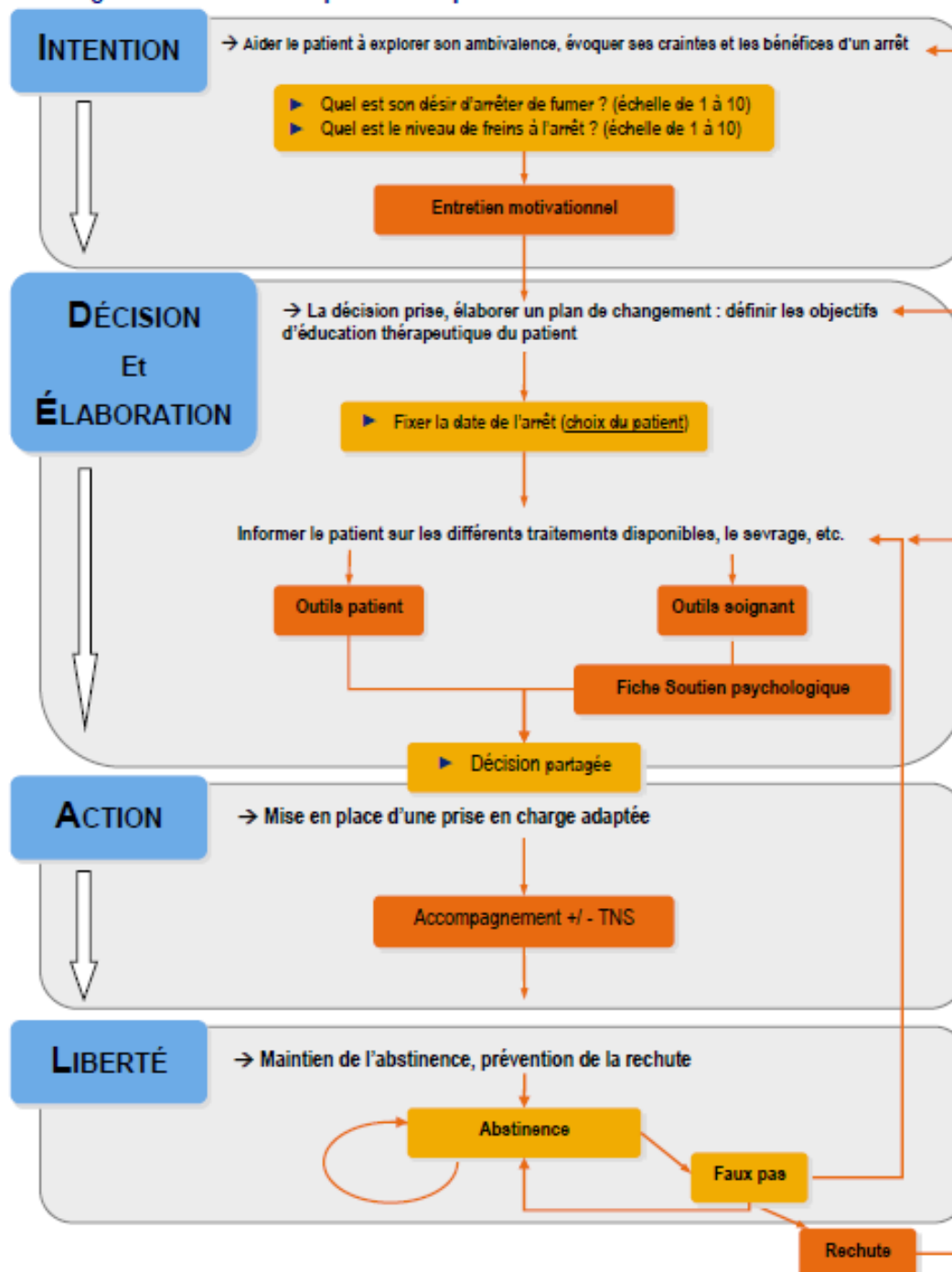
Algorithme 1. Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac



HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Octobre 2014
© Haute Autorité de santé – 2014

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

Algorithme 2 « IDEAL » : parcours du patient désireux d'arrêter de fumer



HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Octobre 2014
© Haute Autorité de santé – 2014

Annexe 4 : Affiches de prévention/dépistage pour certains cancers vues au CHR de Lille, Hôpital Oscar Lambret.



Dépistage du cancer de la peau

Les cancers de la peau sont de 2 types : les carcinomes (basocellulaires et spinocellulaires) et les mélanomes.

COMMENT ?

L'observation attentive et régulière de sa peau par chacun d'entre nous permet de détecter précocement des lésions cancéreuses ou précancéreuses :

- un "bouton" ou une petite plaie qui ne disparaît pas en 2 ou 3 semaines
 - un grain de beauté qui se modifie (changement de couleur, d'épaisseur, ou d'aspect)
- doivent amener à consulter rapidement un dermatologue.

NB : Éviter l'exposition au soleil diminue le risque de développer un cancer de la peau.



Dépistage du cancer du colon

Ce cancer concerne les hommes et les femmes.

On dénombre 36000 nouveaux cas par an en France.

Ce cancer se développe le plus souvent sur des tumeurs bénignes, les polypes de l'intestin, qui peuvent s'aggraver sans que cela ne se voie à l'oeil nu.

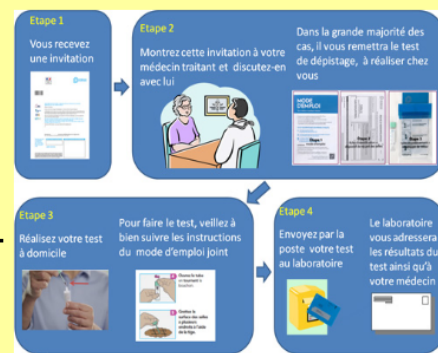
COMMENT ?

Par le test Hémoccult, qui consiste à rechercher la présence de sang caché dans les selles

QUAND ?

Chez les hommes et femmes à partir de 50 ans, jusqu'à 74 ans.
A renouveler tous les 2 ans.

Les personnes concernées reçoivent tous les 2 ans par courrier une invitation pour réaliser ce test.



NB : Dans les familles où existent plusieurs cas de cancers de l'intestin ou de polypes de l'intestin, ou de cancers de l'endomètre (corps utérin), une consultation spécialisée, chez le gastroentérologue ou l'oncogénéticien, permet de définir si ce dépistage doit être pratiqué plus précocement, plus fréquemment, et par coloscopie.



Dépistage du cancer du sein

Ce cancer concerne une femme sur neuf en France.

COMMENT ?

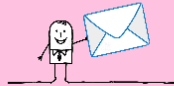
Par une mammographie.



QUAND ?

Pour les femmes à partir de 50 ans, jusqu'à 74 ans.
A renouveler tous les 2 ans.

En France, une invitation à réaliser cet examen est adressée par courrier tous les 2 ans aux femmes concernées.



NB :

Dans les familles où existent plusieurs cas de cancer du sein et/ou de l'ovaire, une consultation spécialisée (consultation d'oncogénétique) permet de définir si ce dépistage doit être pratiqué plus précocément et plus fréquemment.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Chaque année, en France, 3500 femmes développent ce cancer.

Ce cancer est provoqué par une infection par des virus, les Papillomavirus (HPV), qui se transmettent lors des rapports sexuels.

Quand l'organisme ne parvient pas à éliminer ces virus, l'infection persiste et peut entraîner des anomalies au niveau des cellules du col de l'utérus (les dysplasies); qui peuvent évoluer vers un cancer.

COMMENT ?

Par les frottis du col de l'utérus, qui permettent de repérer les anomalies des cellules, avant même que le cancer ait eu le temps de se développer.

QUAND ?

Les frottis sont à réaliser chez les femmes de 25 à 65 ans, et tous les 3 ans, après 2 premiers frottis normaux effectués à un an d'intervalle.



PREVENTION DES DYSPLASIES ET DU CANCER

Depuis 2007 existe un vaccin (Gardasil, Cervarix) qui augmente les défenses de l'organisme vis à vis des Papillomavirus et lui permet de s'en débarrasser plus facilement.

Ce vaccin protège contre 2 types de Papillomavirus qui sont à eux seuls responsables de 70% des dysplasies et cancers du col.

L'idéal est que les jeunes filles soient vaccinées avant les premiers rapports sexuels.

Trois injections sont indispensables pour que la vaccination soit efficace.

La vaccination ne dispense pas de la réalisation des frottis tous les trois ans.



Annexe 5 : Brochures diverses à propos des dépistages des cancers qui bénéficient d'un programme national

Le test de dépistage est recommandé, **tous les 2 ans, aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans.**

Il permet de détecter des cancers, le plus souvent à un stade précoce, et certaines lésions précancéreuses.



DÉTECTÉ TÔT, UN CANCER COLORECTAL SE GUÉRIT DANS 9 CAS SUR 10

Pour en savoir plus sur le dépistage du cancer colorectal ou sur les autres dépistages, parlez-en avec votre médecin traitant ou contactez la structure en charge des dépistages dans votre département.

e-cancer.fr

0 805 123 124
Service à appel gratuit

Pour tout renseignement, adressez-vous à :

Opaline 62
ASSOCIATION POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER
Tél. : 03 21 19 04 10
www.opaline62.fr



VOUS AVEZ ENTRE 50 ET 74 ANS

LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL TOUS LES 2 ANS, C'EST IMPORTANT



UN NOUVEAU TEST, SIMPLE ET RAPIDE, À RÉALISER CHEZ SOI

e-cancer.fr

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

POURQUOI CE DÉPISTAGE EST IMPORTANT ?

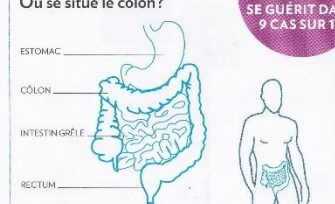
Le cancer colorectal, aussi appelé cancer de l'intestin, est la 2^e cause de décès par cancer en France. Il se développe lentement à l'intérieur du côlon ou du rectum, le plus souvent à partir de petites lésions dénommées polypes. Ce cancer est l'un des plus fréquents et touche 4 hommes sur 100 et 3 femmes sur 100, le plus souvent après l'âge de 50 ans.

► DÉTECTER TÔT UN CANCER OU UNE LÉSION PRÉCANCÉREUSE

Le test de dépistage, proposé aux personnes de 50 à 74 ans, **réduit la mortalité par cancer colorectal**. Il permet de détecter un cancer à un stade très précoce, et d'augmenter les chances de guérison. Grâce à ce dépistage, on peut aussi repérer un polype avant qu'il n'évolue en cancer. En cas d'antécédents personnels ou familiaux de polype, de cancer ou de maladie du côlon, votre médecin pourra vous proposer d'autres modalités de dépistage.

DÉTECTÉ TÔT, UN CANCER COLORECTAL SE GUÉRIT DANS 9 CAS SUR 10

Où se situe le côlon ?



EN PRATIQUE, COMMENT ÇA SE PASSE ?

UN NOUVEAU TEST, SIMPLE ET RAPIDE, À RÉALISER CHEZ SOI

En grossissant, certains polypes saignent. Le dépistage consiste à repérer, dans les selles, des traces de sang qui ne sont pas visibles à l'œil nu.

- 1 Si vous avez entre 50 et 74 ans, vous êtes invité par courrier, tous les 2 ans, à retirer ce test chez votre médecin. Il peut aussi vous le remettre directement à l'occasion d'une consultation.
- 2 Votre médecin détermine, en fonction de votre histoire personnelle et familiale, si ce test est approprié. Si c'est le cas, il vous explique comment l'utiliser et vous le remet. Il vous informe de l'intérêt et des limites de ce dépistage, et des examens à réaliser en cas de test positif.
- 3 Ce test, simple et rapide, est à faire chez vous. Il permet de prélever de manière très hygiénique un échantillon de vos selles grâce à une tige à replacer dans un tube hermétique.
- 4 Vous l'envoyez gratuitement (enveloppe T fournie avec le test) pour qu'il soit analysé.
- 5 Les résultats vous sont adressés ainsi qu'à votre médecin traitant.

► LA PRISE EN CHARGE

Le test et son analyse sont pris en charge à 100 %, sans avance de frais de votre part. La consultation chez votre médecin traitant est prise en charge dans les conditions habituelles par votre régime d'assurance maladie et votre complémentaire santé, de même que la coloscopie en cas de test positif.

ET APRÈS LE TEST ?

► DANS 96 % DES CAS, LE TEST EST NÉGATIF

Cela signifie qu'aucun saignement pouvant témoigner de la présence d'un cancer ou de lésions précancéreuses n'a été détecté au moment du test. N'oubliez pas de refaire le test tous les 2 ans.

À noter : certains polypes ou cancers peuvent ne pas être identifiés par le test s'ils ne saignent pas. Consultez votre médecin si des douleurs abdominales ou des troubles digestifs inhabituels et persistants apparaissent, ou en cas de présence de sang dans les selles.

► DANS 4 % DES CAS, LE TEST EST POSITIF

Cela ne signifie pas que vous avez un cancer, mais que du sang a été détecté dans vos selles. Pour en identifier l'origine, votre médecin vous adressera à un gastro-entérologue afin qu'il réalise une coloscopie*. Effectuée sous anesthésie, cet examen permet de déceler la présence éventuelle de polypes et de les retirer avant qu'ils ne se transforment en cancer. Si un polype a déjà évolué en cancer, plus on le détecte tôt, plus les chances de guérison sont importantes.

* Dans plus de la moitié des cas, la coloscopie ne décèle aucune anomalie. Elle détecte un polype dans 30 % à 40 % des cas, et un cancer dans 8 % des cas. Elle peut entraîner des complications dont les formes graves restent rares (3 cas pour 1000). Pour en savoir plus sur la coloscopie : **e-cancer.fr** ou 0810 810 821 (prix d'un appel local).



> IL EXISTE D'AUTRES TYPES DE CANCERS DE LA PEAU

On les appelle les **carcinomes**. Ce sont les plus fréquents, mais ils sont facilement guérissables dans la majorité des cas. Non traités à temps, ils peuvent cependant entraîner des conséquences sérieuses. Ils apparaissent le plus souvent après 50 ans, sur les parties découvertes du corps (visage, cou, épaules, avant-bras, mains...).

Une plaie qui ne cicatrise pas, un bouton ou une croûte qui persiste et se modifie doivent vous conduire à demander un avis médical.

> PROTÉGEZ-VOUS DES UV, C'EST LA MEILLEURE PRÉVENTION

L'exposition excessive aux rayons ultraviolets est à l'origine de la grande majorité des cancers de la peau. Pour limiter les risques face au soleil, adoptez quelques réflexes simples de protection.



Évitez le soleil entre 12 h et 16 h.



Recherchez l'ombre le plus possible.



Protégez particulièrement vos enfants et apprenez-leur à se protéger.



Couvrez-vous avec des vêtements, un chapeau et des lunettes de soleil.



À défaut de vêtements, appliquez une **crème solaire haute protection** en grande quantité et renouvelez souvent l'opération.

Les ultraviolets artificiels sont, eux aussi, dangereux pour votre peau : évitez de recourir aux cabines de bronzage. Si vous avez moins de 18 ans, leur usage vous est interdit.

> FACE AU MÉLANOME, IL Y A DES MOYENS D'AGIR

- Surveiller votre peau, en particulier si vous êtes sujet à risques.
- Être vigilant à tout changement d'aspect de vos grains de beauté et consulter au moindre doute.
- En parler avec votre médecin traitant ou votre dermatologue.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur

e-cancer.fr

ou appelez le

0 805 123 124

Service et appel gratuits



CONTRE LE MÉLANOME

APPRENEZ À SURVEILLER VOTRE PEAU



S'INFORMER EN 1 MIN

e-cancer.fr



> LE DIAGNOSTIC PRÉCOCÉ, MEILLEURE CHANCE DE GUÉRISON

Le mélanome est le cancer de la peau le plus grave. Lorsqu'il est détecté tôt à un stade peu développé, il peut la plupart du temps être guéri.

En revanche, en cas de diagnostic tardif, les traitements existants sont beaucoup moins efficaces.

Or, quelques mois peuvent suffire pour qu'un mélanome devienne très agressif et s'étende à d'autres parties du corps (métastases).

Agir rapidement est donc vital, c'est pourquoi il est important de surveiller sa peau.

> QUEL EST VOTRE RISQUE ?

Tout le monde est susceptible de développer un mélanome et on peut être touché à tout âge, même jeune. Cependant, nous ne sommes pas tous égaux face aux risques.

> SURVEILLEZ PARTICULIÈREMENT VOTRE PEAU SI :

- vous avez la peau claire, les cheveux blonds ou roux et vous bronziez difficilement;
- vous avez de nombreuses taches de rousseur;
- vous avez de nombreux grains de beauté (> 40);
- vous avez des grains de beauté larges (+ de 5 mm) et irréguliers;
- vous avez ou des membres de votre famille ont déjà eu un mélanome;
- vous avez reçu des coups de soleil sévères pendant l'enfance ou l'adolescence;
- vous avez vécu longtemps dans un pays de forte exposition solaire;
- votre mode de vie (profession ou activité de loisir) donne lieu à des expositions solaires intenses.



FACE AUX RISQUES, NOUS NE SOMMES PAS TOUS ÉGAUX

> LES SIGNES QUI DOIVENT VOUS ALERTER

Comment faire la différence entre un grain de beauté (bénin) et un mélanome (malin)?

Voici les trois éléments à retenir:

- Repérez le grain de beauté différent des autres

Tous les grains de beauté d'une même personne se ressemblent. Celui qui n'est pas comme les autres doit donc attirer votre attention (principe du « vilain petit canard »).

- Soyez vigilant à tout changement

Une nouvelle tache brune qui apparaît sur votre peau (cas le plus fréquent) ou un grain de beauté qui change d'aspect rapidement (dans sa forme, sa taille, sa couleur ou son épaisseur) doivent vous alerter.

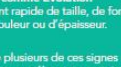
- Aidez-vous de la règle « ABCDE »

Pour reconnaître les signes suspects, entraînez votre œil avec des photographies et gardez à l'esprit les critères de la règle « ABCDE ».

BÉNIN
(PATELUSSEMENT)



MALIN
(PATELUSSEMENT)



A comme Asymétrie
Grain de beauté de forme ni ronde ni ovale, dont les couleurs et les reliefs ne sont pas régulièrement répartis autour du centre.

B comme Bords irréguliers
Bords découpés, mal délimités.

C comme Couleur non homogène
Présence désordonnée de plusieurs couleurs (noir, bleu, marron, rouge ou blanc).

D comme Diamètre
Diamètre en augmentation.

E comme Évolution
Changement rapide de taille, de forme, de couleur ou d'épaisseur.

La présence d'un ou de plusieurs de ces signes ne signifie pas forcément que vous avez un mélanome, mais justifie de demander un avis médical sans attendre.

Credits photos : service dermatologique de l'Hôtel Dieu - Rouen, D^r Michel Le Maître, D^r Philippe Choukroun, D^r Georges Radier.

> QUI CONSULTER ET À QUELLE FRÉQUENCE ?

Si vous repérez une tache suspecte sur votre peau ou si vous présentez certains facteurs de risque, consultez votre médecin traitant. Il vous orientera si besoin vers un dermatologue.

C'est le dermatologue qui est expert pour réaliser l'examen clinique de la peau, confirmer ou non une suspicion de mélanome et retirer une lésion suspecte si nécessaire.

La fréquence de la surveillance doit être évaluée avec votre dermatologue. Pour les personnes « à risques », il est généralement recommandé :

- d'effectuer un **autoexamen de la peau par trimestre**;
- de se faire examiner par un **dermatologue une fois par an**.

> L'AUTOEXAMEN DE LA PEAU

Si vous êtes sujet à risques, votre dermatologue vous formera à la pratique de l'autoexamen.

Il s'agit d'observer attentivement sa peau nue de la tête aux pieds, de face et de dos, sans oublier les zones peu visibles où peut se cacher un mélanome (oreilles, ongles, plante des pieds, espaces entre les doigts, organes génitaux...).

> LE DÉPISTAGE, UN EXAMEN SIMPLE ET INDOLORE

Les dermatologues le pratiquent tous les jours dans leur cabinet. C'est un **examen visuel complet de la peau** destiné à repérer les taches ou grains de beauté pouvant faire suspecter un cancer.

Le dermatologue peut s'aider d'un appareil d'optique grossissant, le dermoscope. Chez les personnes ayant de nombreux grains de beauté, il peut aussi prendre des photographies.

S'il identifie une tache suspecte, il propose alors soit de la surveiller, soit de la retirer sous anesthésie locale et de la faire analyser pour confirmer ou non le diagnostic.

UN DÉPISTAGE DE QUALITÉ

EST-CE QUE C'EST FIABLE ?

Les installations de mammographie sont soumises à des normes strictes, destinées à renforcer la qualité des images et à limiter les risques liés aux rayons X. **Ces installations sont contrôlées tous les 6 mois.**

Par sécurité, **une seconde lecture** des mammographies jugées normales est effectuée par un radiologue différent. Cette seconde lecture permet de repérer 9% des cancers détectés dans le cadre du dépistage organisé.

Malgré ces précautions, certains cancers de petite taille peuvent ne pas être décelés, d'où l'intérêt **de répéter l'examen tous les 2 ans.**

QUELS SONT LES AVANTAGES À SE FAIRE DÉPISTER ?

En détectant un cancer du sein plus tôt, le dépistage **augmente les chances de guérison** et permet des soins moins lourds.

QUELS SONT LES INCONVÉNIENTS ?

Comme tout acte médical, le dépistage présente aussi des inconvénients. Ainsi, dans l'état actuel des connaissances scientifiques, il n'est pas possible de distinguer les cancers qui vont évoluer, qui sont les plus fréquents, de ceux qui n'évolueront pas ou peu (de 10% à 20% des cancers détectés). C'est ce que l'on appelle le surdiagnostic. Par précaution, il est proposé de traiter l'ensemble des cancers diagnostiqués.

FACE AU CANCER DU SEIN, IL Y A DES MOYENS POUR AGIR

- À partir de 50 ans, la mammographie de dépistage est recommandée tous les 2 ans.
- N'hésitez pas à en parler avec votre médecin traitant ou avec votre gynécologue.

Pour tout savoir sur la mammographie et mieux comprendre les avantages et les inconvénients du dépistage, vous disposez d'une information complète sur

e-cancer.fr

Vous pouvez aussi poser toutes vos questions ou commander la brochure d'information détaillée en appelant le **0810 810 821** (prix d'un appel local)

ENTRE 50 ET 74 ANS

CONTRE LE CANCER DU SEIN, LA MAMMOGRAPHIE EST RECOMMANDÉE TOUS LES 2 ANS

TOUT COMPRENDRE EN 1 MIN

e-cancer.fr

LE CANCER DU SEIN, C'EST FRÉQUENT ?

Chaque année en France, **49 000 femmes apprennent qu'elles sont touchées par le cancer du sein.**

Il s'agit du cancer le plus fréquent et de la première cause de décès par cancer chez la femme avec **11 900 décès par an.**

AU COURS DE SA VIE, 1 FEMME SUR 8 SERA CONERNÉE PAR LE CANCER DU SEIN. LE DÉPISTAGE EST UN ACTE IMPORTANT POUR LUTTER CONTRE CE CANCER

LA mammographie est une radiographie des seins qui permet de repérer un cancer à un stade précoce, en l'absence de tout symptôme. Cette détection précoce permet d'augmenter les chances de guérison.

POURQUOI ENTRE 50 ET 74 ANS ?

C'est entre 50 et 74 ans que les femmes ont le plus de risques de développer un cancer du sein et que **le dépistage est le plus efficace.**

Dans certains cas, votre médecin traitant ou votre gynécologue vous conseilleront d'autres modalités de surveillance, notamment si vous avez des **antécédents familiaux** de cancer du sein.

DÉTECTÉ TÔT, LE CANCER DU SEIN PEUT ÊTRE GUÉRI DANS 9 CAS SUR 10

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ, COMMENT ÇA SE PASSE ?

Le dépistage organisé s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans, sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier.

1 LE COURRIER D'INVITATION

Vous recevez, tous les 2 ans, une lettre d'invitation vous expliquant la démarche à suivre.

2 LE RENDEZ-VOUS AU CENTRE DE RADIOLOGIE

Vous prenez alors rendez-vous avec un des radiologues agréés, que vous choisissez sur la liste transmise.

Si vous avez déjà effectué une mammographie, n'oubliez pas de rapporter les anciens clichés réalisés. S'il s'agit d'une première mammographie, n'hésitez pas à poser vos questions au radiologue, à votre médecin ou aux contacts indiqués au dos de ce document.

3 LA MAMMOGRAPHIE

Le radiologue réalise une mammographie comportant 2 radiographies par sein, ce qui ne dure que quelques minutes. Il examine également vos seins et vous donne immédiatement une première interprétation des résultats. Dans la majorité des cas, aucune anomalie n'est détectée.

4 LES RÉSULTATS ET LA SECONDE LECTURE

- **Si aucune anomalie n'a été décelée (plus de 93% des cas)**

Votre mammographie est systématiquement relue par un second radiologue. Cette seconde lecture est un gage de fiabilité. Dans un délai d'environ 2 semaines, vous recevez les résultats de la seconde lecture.

- **Si une anomalie est identifiée (moins de 7% des cas)**

Le radiologue peut vous proposer des examens complémentaires ou une surveillance rapprochée. Dans la plupart des cas, l'anomalie est bénigne.

Au final, sur 1 000 femmes dépistées, 7 cancers seront diagnostiqués. Ces femmes se verront proposer rapidement des soins afin d'augmenter leurs chances de guérison.

Les clichés des mammographies vous sont retournés par voie postale ou sont mis à votre disposition au cabinet de radiologie. Conservez-les pour votre prochain rendez-vous.

5 LA PROCHAINE MAMMOGRAPHIE

Il est important de faire une mammographie **tous les 2 ans.** Dans l'intervalle, n'hésitez pas à consulter un médecin si vous remarquez des changements inhabituels au niveau de vos seins.

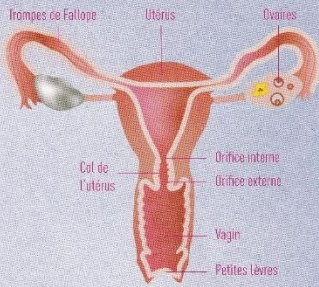
LA PRISE EN CHARGE

L'examen clinique et la mammographie sont pris en charge à 100% par votre caisse d'assurance maladie sans avance de frais. Si des examens complémentaires vous sont proposés par votre radiologue, ils sont pris en charge dans les conditions habituelles de remboursement.

80

LE COL DE L'UTÉRUS, UNE PARTIE ESSENTIELLE DE L'ANATOMIE FÉMININE

ZOOM SUR LE COL DE L'UTÉRUS



Le col de l'utérus est la partie inférieure de l'utérus. Il suit des modifications à chaque grande étape de la vie d'une femme (puberté, grossesse, ménopause...).

C'est par le col de l'utérus que passent les spermatozoïdes pour aller éventuellement féconder un ovule, le fœtus se développant ensuite dans l'utérus.

Durant la grossesse, le col de l'utérus se modifie et joue un rôle protecteur, empêchant les infections extérieures de gagner l'utérus.



DEMANDEZ CONSEIL À VOTRE MÉDECIN

¹ Plus de 100 000 en France en 2012. Colonne État des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCA, Boulogne-Billancourt, janvier 2014, p. 12.

² Papanicolaou G., Coates R., Sankilä S., Laine C., et al. Guide de la prise en charge des lésions intra-cervicales et des épithélioses intra-cervicales du col de l'utérus en France. EBM 1/7 janvier 2007.

³ P. Jansen, D. Reinhardt. Épidémiologie et infection due à HPV chez la femme après coït. Lettre de gynécologie, 2011, n°362, 22-14.

⁴ Duguet M., et al. J. Béné S., Warrault J.C. Le cancer du col de l'utérus : état des connaissances en 2014. Gynecol 12-14-16/20 mai 2014.

⁵ Meunier M., Duguet M. HPV infection in adolescent populations. J Adolesc Health 1996; 20 Suppl 4:55-59.

⁶ Pagliaro S.S. and Agard M.T. Off early and other measures for human papillomavirus vaccine introduction. Vaccine 2004; 22:547-553.

⁷ Agency for Health Care Policy and Research. 29 September 2007.

⁸ ANAES 2004.

⁹ Marga J., Palero V., Davis-Montrose C., Lazen S. Recommendations pour la surveillance des papillomes traités pour des lésions précancéreuses du col de l'utérus. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010; 39:217-231.

¹⁰ Le T. et al. et al. Psychological modification in high-risk electrosurgical excision procedure in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. Int J Gynecol Cancer 2016; 16: 1067-1072.

¹¹ Saitoh J., Saitoh T., Tanaka Y., Kikuchi S., Miki K. et al. Gynecological intraepithelial neoplasia: a review of the literature and factors associated. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2013; 42:534-40.

¹² Marchetti J. Note aux conseillers. Gyn Obst Fert 2009; 37:215-218.

INFECTIONS À PAPILLOMAVIRUS HUMAINS

LES INFECTIONS À PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) SONT RESPONSABLES CHAQUE ANNÉE EN FRANCE DE :

3:028 CAS DE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS*

40 000 LÉSIONS* DU COL DE L'UTÉRUS DÉTECTÉES PAR FROTTIS*

29 000 HOSPITALISATIONS*

25 000 CONISATIONS*

* Ces lésions nécessitent, en fonction des cas, une simple surveillance, ou un traitement distinct d'une conisation.

UNE INFORMATION DE SANOFI PASTEUR MSD

Sanofi Pasteur MSD est une marque de Sanofi Pasteur MSD, 100 rue de la République, 92000 Nanterre, France. Septembre 2015.

CHAQUE ANNÉE EN FRANCE

3:028 CAS DE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS*

C'est autour de 40 ans qu'il est le plus souvent diagnostiqué,¹ suite à des symptômes qui apparaissent en général lorsque le cancer du col de l'utérus est déjà avancé. C'est pourquoi il ne faut pas attendre.

LES HPV 16 & 18 SONT RESPONSABLES DE 70% DES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS*

Les papillomavirus humains ou HPV sont des virus très répandus et contagieux qui se transmettent dès l'adolescence, le plus souvent lors des relations sexuelles et des contacts intimes. On estime que 7 femmes sur 10 seront exposées aux papillomavirus au cours de leur vie.² Ces virus sont généralement éliminés naturellement par l'organisme,³ cependant dans environ 10 % des cas, l'infection persiste et peut entraîner l'apparition de lésions précancéreuses du col de l'utérus.

C'est entre 15 et 24 ans que les jeunes filles sont le plus souvent exposées au risque d'infection à HPV. Il est donc important de les protéger le plus tôt possible.⁴

La vaccination Papillomavirus qui cible certains types de HPV (retrouvés dans 70 % des cancers du col de l'utérus), est recommandée chez les jeunes filles entre 11 et 14 ans et en rattrapage jusqu'à 19 ans révolus.⁵

CHAQUE ANNÉE EN FRANCE

40 000 LÉSIONS DU COL DE L'UTÉRUS DÉTECTÉES PAR FROTTIS*

29 000 HOSPITALISATIONS*

Les lésions du col de l'utérus sont classées selon leurs stades de gravité. Chaque année, 40 000 lésions cervicales sont détectées grâce au frottis, certaines peuvent régresser spontanément et d'autres devront être prises en charge.¹ Ainsi 29 000 femmes sont hospitalisées chaque année pour cette prise en charge.²

Les lésions précancéreuses précèdent l'apparition du cancer du col de l'utérus. Elles n'évoluent pas systématiquement en cancer du col de l'utérus, elles peuvent régresser spontanément ou faire l'objet d'un traitement afin de les retirer. Si ces lésions ne sont pas décelées suffisamment tôt et traitées, elles peuvent évoluer à terme vers un cancer du col de l'utérus.



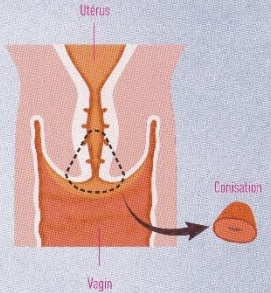
Le frottis cervico-utérin permet de dépister les lésions précancéreuses du col de l'utérus et d'initier une prise en charge. En cas de frottis anormal, une biopsie pourra être réalisée pour déterminer la nature exacte des lésions. Environ 6 millions de frottis et 57 000 biopsies sont effectués chaque année.²

À partir de 25 ans et jusqu'à 65 ans, il est recommandé d'effectuer régulièrement des frottis de dépistage (même chez les femmes vaccinées) afin de vérifier régulièrement la présence ou non de cellules anormales au niveau du col de l'utérus.³

CHAQUE ANNÉE EN FRANCE

25 000 CONISATIONS*

La conisation est une technique chirurgicale qui consiste à enlever la partie «matado» du col de l'utérus afin d'éviter que les lésions précancéreuses n'évoluent vers un cancer.



Cette intervention conduit à la guérison dans 90 à 95 % des cas⁴ mais n'est pas toujours sans conséquences : elle peut s'accompagner d'un stress non négligeable⁵ pour la patiente et peut, dans certains cas, impacter la capacité à mener à bien une grossesse.¹¹

Cette intervention est pratiquée chez des femmes jeunes, avec un âge moyen de 30 ans.¹²

Annexe 6 : Affiche du Conseil National de l'Ordre à propos des violences faite aux femmes.

**VOUS ÊTES UNE FEMME
VICTIME DE VIOLENCES**

**PARLEZ-EN
À VOTRE CHIRURGIEN-DENTISTE
IL PEUT VOUS AIDER**

VIOLENCES FEMMES INFO
APPELEZ LE
3919*
*Appel anonyme et gratuit.

**VIOLENCES
CONTRE LES FEMMES**
LA LOI VOUS PROTÈGE
<http://www.stop-violence-femmes.gov.fr/>

ONCD
Ordre national des chirurgiens-dentistes

**NUMÉRO D'ÉCOUTE
ET D'INFORMATION ANONYME
ET GRATUIT DEPUIS TOUS
LES TÉLÉPHONES FIXES ET PORTABLES**

Table des figures

<u>Figure 1</u> : Modèle de l'appropriation de la maladie chronique (10).....	16
<u>Figure 2</u> : Tableau des stades de l'état d'esprit du patient et de l'attitude appropriée du soignant (cours du Professeur Olivier Cottencin, Faculté de Médecine de Lille).....	17
<u>Figure 3</u> : Prévalence du sous-poids, du surpoids et de l'obésité selon le sexe. (Enquête santé de l'INSEE).....	22
<u>Figure 4</u> : Calendrier simplifié des vaccinations (INPES).....	26
<u>Figure 5</u> : Modèle bio-psycho-social de l'addiction (cours du Professeur Olivier Cottencin, Faculté de Médecine de Lille).....	32
<u>Figure 6</u> : Affiche résumant les dépistages des cancers (E-cancer).....	41
<u>Figure 7</u> : Affiche de la campagne nationale de l'agence de biomédecine en faveur du don d'organes. (Agence de biomédecine).....	49
<u>Figure 8</u> : Evolution du devenir des sujets en état de mort encéphalique recensés (53).....	50
<u>Figure 9</u> : Evolution du détail des causes d'opposition au prélèvement (53).....	50

Le chirurgien-dentiste, acteur de santé publique / **WISEUR Antoine**. - p. (84) ; ill. (9) ; réf. (77).

Domaines : Odontologie ; Prévention ; Santé Publique

Mots clés Rameau: Santé publique – Système d'information ; Médecine préventive ; Communication en médecine ; Dents – Maladies – Prévention ; Education sanitaire.

Mots clés FMeSH: Santé Publique ; Médecine préventive ; Communication sur la santé ; Santé buccodentaire ; Maladies des dents - prévention et contrôle ; Éducation en santé dentaire – France.

Résumé de la thèse :

Dans un contexte de développement des maisons de santé pluridisciplinaires et d'amélioration de la prise en soins globale du patient se pose la question du rôle du chirurgien-dentiste dans la prévention et le maintien d'un bon état de santé de sa patientèle. À travers différents domaines fréquemment rencontrés au cabinet dentaire (maladies chroniques, vaccins, prévention des cancers, addictions, grossesse, personnes en difficultés, etc.) le chirurgien-dentiste peut utiliser son questionnaire médical d'anamnèse ou sa salle d'attente pour délivrer des messages de santé publique à ses patients de façon collective ou personnalisée via des questions directes, des brochures, des affiches (ou d'autres moyens de communication dont certains restent peut être à inventer) et participer ainsi à la diffusion des campagnes nationales de prévention ou à atteindre les objectifs de santé publique.

Dans la plupart de ces domaines, un lien direct ou indirect pourra souvent être fait entre l'état de santé bucco-dentaire et l'état de santé générale du patient. L'énumération de ces différents domaines d'interventions possibles aboutira à la création d'une fiche récapitulative permettant au praticien de garder facilement en tête ses possibilités d'actions. Ce travail pourrait être approfondi par la création, la distribution et l'analyse de deux questionnaires : l'un à destination des patients et l'autre à destination des praticiens afin d'évaluer leur ressenti par rapport à ces interventions et d'améliorer leur efficacité.

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Assesseurs :

Madame le Docteur Mathilde SAVIGNAT

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Madame le Docteur Sarah LHOMME