

**CAHIER DES CHARGES NATIONAL
DE MISE EN ŒUVRE
DU PLAN NATIONAL DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE**

**Mesures de sensibilisation des enfants de 6, 9 et /ou 12 ans
en milieu scolaire**

CONTEXTE

Les affections bucco-dentaires touchent toute la population et restent une cause de morbidité importante.

Une mauvaise santé bucco-dentaire a des conséquences médicales et psycho-sociales sérieuses, pathologies générales aggravées, difficultés d'insertion - problèmes esthétiques d'où perte d'estime de soi et relations sociales difficiles, dégradation de l'état général des personnes âgées dépendantes.

C'est dès le plus jeune âge que se construit la santé bucco-dentaire du futur adulte. La carie est une maladie infectieuse et les caries des dents lactéales sont un facteur de risque important du développement de caries sur les dents permanentes. La perte prématurée de dents lactéales peut entraîner (en l'absence de dispositif de remplacement) des perturbations de la chronologie d'éruption et des malpositions des dents permanentes.

1.1 - Situation actuelle de la santé bucco-dentaire des enfants

1.1.1 La prévalence de la carie dentaire est toujours élevée

Bien qu'en nette amélioration depuis 20 ans, la santé bucco-dentaire des enfants français reste moins bonne que chez nos proches voisins européens.

- Les différentes enquêtes menées par l'UFSBD de 1987 à 2006, montrent que le pourcentage d'enfants **indemnes à 6 ans** est passé de 27% en 1987 à 40% en 1990 puis à 56% en 1993 et à 63% en 2006. Il est rappelé que l'objectif de l'OMS pour 2020 est de 80%.
- **A 12 ans**, le pourcentage d'enfants indemnes a progressé selon ces enquêtes UFSBD de 40% en 1998 à 55.9% en 2006. L'indice CAO relevé en 2006 est de **1.23**. Il se situe encore au-delà des indices de nos voisins¹ = Allemagne : 0.7 (2005), Autriche : 1.0 (2002), Belgique : 1.1 (2001), Danemark : 0.8 (2006), Espagne : 1.12 (2000), Grande-Bretagne : 0.7 (2004-05), Italie : 1.1 (2004), Pays-Bas : 0.8 (2002) et Suisse : 0.86 (2004).

1.1.2 Les inégalités sont encore marquées :

Selon l'enquête UFSBD de 2006 : 6% des enfants de 12 ans non indemnes cumulent 50% des dents cariées, et 20% cumulent 70% des dents atteintes.

La même étude montre que l'indice carieux à 12 ans varie selon la catégorie socioprofessionnelle de 0.90 chez les enfants de cadres supérieurs à 1.55 chez les enfants d'ouvriers.

D'après l'évaluation médicale réalisée à l'initiative de la Cnamts par le service médical de l'Assurance Maladie en 2008-2009, l'évolution des différents indicateurs (indice carieux,

¹ Source OMS : www.whocollab.od.mah.se/euro.html

pourcentage des enfants ayant un besoin de soins, et indice de traitement) montre que le dispositif a globalement engendré une amélioration de l'état des enfants avec besoin de soins, cette amélioration est plus importante sur les enfants de 6 ans que sur les enfants de 12 ans.

Pour les enfants de 6 ans, il a notamment été mis en évidence que la séance de sensibilisation avait un impact positif sur le taux de recours aux soins des enfants ayant besoin de soins.

Toutefois, le dispositif n'a pas encore suffisamment attiré les populations présentant des atteintes carieuses sévères et lorsque cela a été le cas le taux de renoncement aux soins reste important.

1.1.3 La prévention bucco dentaire est une priorité de Santé Publique

L'Assurance Maladie a fait de la Prévention Bucco-Dentaire, un des axes majeurs de ses actions en matière de Santé Publique depuis de nombreuses années.

Le programme « M'T Dents » est, depuis 2007, l'un des programmes phares de la politique de prévention menée par la Cnamts.

Les constats exposés ci-dessus montrent que la santé bucco-dentaire est fortement corrélée aux inégalités sociales et territoriales. La prévention doit maintenant s'attacher à réduire ce gradient social en permettant un égal accès pour tous au dispositif.

D'autre part, l'aggravation la plus importante se situant entre 6 et 9 ans, c'est au moment de l'entrée dans le dispositif qu'il faut faire porter les efforts.

Pour cela, il apparaît pertinent de cibler prioritairement les actions d'accompagnement sur les enfants de 6 ans.

2 - OBJECTIFS DE L'ACTION

Le présent cahier des charges concerne la mise en œuvre de la mesure de sensibilisation des enfants de 6, 9 et / ou 12 ans en milieu scolaire prioritairement dans les zones où la participation à l'EBD et/ou au chirurgien-dentiste est faible.

Cette mesure doit être menée en partenariat avec les organismes professionnels signataires de la convention et en cohérence totale avec le processus de mise en œuvre et d'accompagnement conventionnel de la prévention bucco-dentaire.

Les actions retenues devront s'inscrire dans une démarche qualité permettant de :

- compléter et/ou faire acquérir aux enfants des connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire,
- inciter fortement à la réalisation de l'examen de prévention obligatoire et des soins consécutifs totalement pris en charge par l'Assurance Maladie,
- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en ciblant ces actions de sensibilisation sur les territoires ayant les taux de recours à l'EBD et /ou au chirurgien-dentiste les plus faibles, en complément des actions d'accompagnement et de suivi personnalisé en CP en zones défavorisées (ex ZEP),
- mobiliser tous les acteurs concernés par des actions spécifiques (enfants, parents, enseignants, services de santé scolaire, chefs d'établissements, travailleurs sociaux et relais associatifs, chirurgiens-dentistes, médecins généraliste, pédiatres, pharmaciens), par une sensibilisation préalable et un retour d'informations à leur attention sur le résultat de ces actions.

3 - DESCRIPTION DE L'ACTION

3.1. Les modalités et le phasage des interventions

Ces actions de sensibilisation peuvent être menées directement par la Caisse si ses moyens humains le lui permettent.

La caisse peut aussi déléguer, dans le cadre d'un appel à projets, tout ou partie, des interventions à un autre promoteur impliqué dans le champ d'action bucco dentaire.

Les candidats peuvent être soit une collectivité territoriale, soit une université dentaire soit encore une association.

Dans ce cas il convient de respecter les règles suivantes en matière de marché publics de services, issues de l'article 40 du Code des marchés publics modifié par le décret du 9 décembre 2011 :

- Si le montant du besoin estimé est inférieur à 15 000 euros HT : mise en concurrence sur simple devis, puis émission de bons de commande correspondants,

- Si le montant est supérieur à 15 000 euros HT et inférieur à 90 000 euros HT : Marché à procédure adaptée avec avis d'appel public à concurrence via une publicité adaptée

- Si le montant est supérieur à 90 000 euros HT et inférieur à 130 000 euros HT : Marché à procédure adaptée avec avis d'appel public à concurrence publié soit au BOAMP, soit dans un journal habilité à recevoir des annonces légales (JAL) et sur son profil d'acheteur (et parution, si nécessaire, dans la presse spécialisée)

- Si le montant est supérieur à 130 000 euros HT : procédure formalisée avec avis d'appel à concurrence publié au BOAMP, au JOUE et sur le profil d'acheteur et parution, si nécessaire, dans la presse spécialisée).

Nota : Ces seuils étant modifiés régulièrement (tous les 2 ans), il conviendra de les réactualiser en fin d'année 2013.

En tout état de cause, il est fortement recommandé aux caisses de mutualiser les moyens, au niveau régional ou interrégional (Caisse / DRSM...) pour la mise en œuvre, la coordination et l'évaluation de l'action :

- en terme de personnel et de logistique,
- formation des « animateurs » (par les Chirurgiens - Dentistes Conseils par ex),
- achat des kits de brossage,
- impression des documents,
- évaluation des actions

afin de maîtriser le coût de l'opération qui ne devra pas dépasser 10€/enfant toutes sources de financement confondues.

Le dispositif mis en place consiste en une phase d'éducation collective qui doit répondre aux exigences suivantes : durée d'une heure environ visant à apporter des connaissances sur la santé bucco-dentaire dans un langage adapté au niveau scolaire des enfants.

Compte tenu de la durée limitée des animations en classe (*capacité d'attention des enfants en CP et durée d'une heure de cours en collège*), certains messages doivent être privilégiés, dans l'objectif d'augmenter les réponses positives à l'invitation EBD.

Deux messages devront être prioritairement développés lors de cette phase d'éducation collective :

- nécessité d'un contrôle régulier de l'état bucco-dentaire par un praticien et explications sur l'Examen Bucco-Dentaire.
- importance de l'hygiène bucco-dentaire (la plaque dentaire, le brossage)

ainsi que, plus brièvement

- justification d'une alimentation équilibrée (grignotage, sodas, ...),
- rôle du fluor (dentifrice fluoré).

ces derniers messages pouvant être délivrés par le chirurgien-dentiste consulté ou lors d'autres interventions (les actions PNNS abordent l'alimentation).

En CP, il sera particulièrement insisté sur l'éruption des dents de 6 ans, à surveiller pour bien les brosser, et en 5^{ème} (ou 6^{ème} selon contexte local) sur celle des dents de 12 ans.

La caisse ou le promoteur devra mener les opérations suivantes :

- Proposer une formation afin que les intervenants aient toutes les compétences tant techniques que pédagogiques en terme d'éducation collective auprès des jeunes. Le contenu, la durée de la formation et la qualification des formateurs devront être précisés.
- Accompagner cette phase de messages, de supports pédagogiques adaptés et en cohérence avec la mise en œuvre du dispositif de prévention bucco-dentaire conventionnel, en insistant particulièrement sur l'examen bucco-dentaire et la réalisation des soins consécutifs.
- Prévoir une séance préparatoire par école avec les enseignants de façon à les associer à cette phase d'éducation collective et leur permettre de relayer ensuite ces messages dans la durée.
- Remettre aux enseignants une fiche d'évaluation des connaissances (quiz) acquises par les enfants (selon le modèle fourni par la CNAMTS).
- Prévoir un calendrier d'intervention permettant de couvrir les classes concernées

La remise de brosses à dents - adaptée à l'âge de la cible - ou éventuellement de kits de brossage (gobelet, trousse..) doit être réservée à la tranche d'âge la plus jeune (CP).

Elle doit se faire après mise en concurrence des fournisseurs dont le choix final doit s'effectuer en prenant en compte le meilleur rapport qualité/prix avec présentation des justificatifs et garantie par le fournisseur de la qualité du produit.

Lorsque l'action est assurée par un promoteur extérieur, il doit apporter les justificatifs de cette mise en concurrence et les critères de son choix.

La remise des brosses à dents ou kits de brossage portant le logo « M'TDents », signature de la campagne nationale de communication bucco dentaire, devra être accompagnée d'une explication orale sur leur utilisation.

3.2. La promotion de l'action

La réussite de cette action repose également sur sa promotion auprès des acteurs visés plus haut (parents, enseignants).

La caisse ou le promoteur devra :

- mener une action à destination des parents pour les avertir de ces actions et les sensibiliser à la nécessité du suivi de leur enfant par le chirurgien-dentiste en rappelant l'existence de l'examen bucco-dentaire, en portant une attention particulière aux difficultés liées à la situation socio-économique et culturelle des populations concernées. Cette action ne sera pas une simple information par distribution de documents, mais se fera, de préférence, sous forme d'échanges au cours de séances (réunions, expositions animée etc...),

- assurer une information, en partenariat avec les organismes professionnels, à destination :
 - des chirurgiens-dentistes des territoires concernés (libéraux et établissements) pour les avertir de l'action et les sensibiliser à l'accueil de ces jeunes et aux conditions de l'Examen Bucco-Dentaire.
 - des médecins (généralistes et pédiatres) et pharmaciens des territoires concernés, pour les sensibiliser à leur rôle d'orientation de leurs patients vers le chirurgien-dentiste, particulièrement pour les examens obligatoires de 6 et 12 ans.

3. 3. Les livrables attendus à l'issue de la prestation

Les informations qui suivent devront être organisées par école et par classe dans le système d'information du promoteur afin de pouvoir les fournir sur demande à des fins d'évaluation.

3-3.1. A l'issue de l'année scolaire, le promoteur fournira un bilan d'activité qui précisera les villes / écoles / classes visitées et les méthodes et supports utilisés.

Le rapport mettra l'accent sur les écarts constatés par rapport aux objectifs, les difficultés rencontrées et les solutions mises en œuvre pour les résoudre.

Un planning détaillé des actions mises en œuvre sur l'année scolaire sera fourni.

Le promoteur devra expliquer les écarts et présenter les correctifs apportés par rapport au planning prévisionnel.

3-3.2. En outre, le promoteur s'engage à fournir, les éléments suivants.

- Moyens humains utilisés : fournir par catégorie professionnelle, nombre de personnes, qualification, montant de rémunération de la vacation.
- Nombre de personnes formées par catégorie professionnelle (le promoteur justifiera les écarts entre le nombre formé et le nombre total).
- Nombre d'enfants inscrits dans l'établissement par niveau de classe concerné.
- Nombre d'enfants de 6 ans (CP), 9ans et 12ans (5e ou 6^{ème} selon contexte local), ayant bénéficié de la séance d'éducation à la santé.
- Durée moyenne des séances d'éducation à la santé pour les enfants
- Nombre et nature des actions relais mises en place par les personnels de l'Education Nationale.
- Fiches d'évaluation (quiz modèle national).

4 - SUIVI ET EVALUATION

Outre l'évaluation des connaissances des enfants, l'action pourra être suivie au travers de l'évaluation des taux de recours à l'EBD et de recours aux chirurgiens dentistes au niveau local par les caisses, au niveau national par la CNAMTS.

5 - PROCEDURE DE REPONSE AU CAHIER DES CHARGES : EXAMEN DES CANDIDATURES ET CRITERES DE CHOIX

L'offre des candidats devra obligatoirement comporter :

- une description du promoteur, de ses compétences et qualités relatives au domaine considéré, ainsi qu'une liste de références,
- un argumentaire justifiant le contenu et la faisabilité de l'action,
- la capacité à former ses intervenants,

- une méthodologie rappelant le descriptif détaillé de l'action : les moyens matériels et humains disponibles, les outils pédagogiques et le descriptif des moyens et démarches qu'il mettra en œuvre pour impliquer les acteurs,
- le détail des territoires sur lesquels il entend intervenir,
- les conditions de recueil, de validation, de requête et de transmission des informations prévues dans les livrables,
- le budget détaillé de l'action par poste de dépenses.

Les projets d'actions doivent être transmis aux CPAM/CGSS qui analyseront les propositions au regard de leur conformité au cahier des charges, du choix des territoires et du coût de l'opération par enfant (*cf. paragraphe 3-1 au maximum 10€/enfant*), les coûts fixes du promoteur, loyer..., ne devant pas être pris en charge au titre de ces actions.

Le choix du promoteur de l'action devra s'appuyer notamment sur les critères suivants :

- compréhension de la problématique
- méthodologie utilisée pour la communication,
- bonne articulation entre les actions menées au niveau national et local,
- expérience dans le domaine de la santé publique concerné,
- efficience attendue de l'action proposée (coût).