

CAHIER DES CHARGES POUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE AUPRES DES ENFANTS EN CLASSE DE CP ET DE GRANDES SECTIONS DE MATERNELLE EN ZONES DEFAVORISEES
2024/2025

Le dispositif national de prévention bucco-dentaire (« M'T Dents ») destiné aux enfants et adolescents de 6, 9, 12, 15 et 18 ans a été mis en place en 2007 afin de développer une stratégie de prévention primaire et secondaire destinée aux enfants et adolescents.

Il repose sur un examen bucco-dentaire (EBD) par un chirurgien-dentiste permettant un dépistage précoce des lésions carieuses associé à des conseils individualisés adaptés à chaque âge et sur la réalisation d'un programme de soins en cas de besoin.

Ce dispositif a été étendu aux jeunes adultes de 21 et 24 ans en 2018 et aux enfants de 3 ans en 2019.

Afin d'accompagner ce programme intégralement pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, celle-ci a initié dès 2007, des actions de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire auprès des enfants de classes de CP recentrées au fur et à mesure de leurs évaluations, sur les enfants des classes de CP en zones défavorisées.

En 2017, une expérimentation de dépistage individuel en milieu scolaire, complétant les séances de sensibilisation collective a été mise en œuvre par quelques CPAM volontaires. Ces séances de dépistage ont été par la suite généralisées au niveau national.

En 2019, des actions de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire auprès des enfants de grandes sections de maternelle ont également été proposées par certaines caisses en fonction du contexte local.

L'assurance maladie a pour objectif à compter de 2025 de déployer un programme visant à renforcer la prévention bucco-dentaire des jeunes assurés de 3 à 24 ans (génération sans carie).

Pour permettre aux enfants d'être sensibilisés dès le plus jeune âge à la bonne santé orale, l'assurance maladie a pour ambition à compter de septembre 2025 que les actions de prévention bucco-dentaire (sensibilisation, dépistage, suivi du recours aux soins) soient réorientées sur les seules classes de grande section de maternelle (et non plus en CP).

C'est pourquoi, il est demandé à chaque CPAM/CGSS de développer, sur l'exercice scolaire 2024/2025, les actions de sensibilisation mais aussi de dépistage bucco-dentaire et de suivi du recours aux soins en CP et en grandes sections de maternelles

1 - OBJECTIFS DE L'ACTION

1-1 Contexte général

La carie est une maladie infectieuse pouvant toucher les dents lactéales et les dents permanentes et constitue une cause de morbidité importante avec une incidence sur l'état de santé général. De plus, elle peut générer des difficultés d'insertion sociale.

La santé bucco-dentaire du futur adulte se construit dès le plus jeune âge.

A 3 ans, les enfants ont toutes leurs dents de lait et vont les garder durant plusieurs années.

Les dents de lait sont indispensables pour manger et parler et servent de guide aux dents permanentes lors de leur évolution sur les arcades dentaires.

La perte prématurée des dents de lait peut entraîner des troubles fonctionnels (mastication, élocution, respiration) ainsi que des perturbations dans l'éruption des dents permanentes entraînant des malpositions dentaires.

Les dents permanentes commencent leur éruption aux alentours de 6 ans et la terminent vers 12-13 ans (18 ans lorsqu'il existe des dents de sagesse).

Le « capital santé dentaire » ne se régénère pas. Sans traitement, la carie progresse par phases, de manière irréversible, pouvant aller jusqu'à la perte de la dent.

1-2 La santé bucco-dentaire des enfants : données épidémiologiques

1-2-1 Une amélioration de l'état de santé bucco-dentaire des enfants suite à l'EBD

La mise en place du dispositif de prévention « M/T dents » depuis 2007 a concouru à l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire des enfants et des adolescents.

L'évaluation médicale du dispositif de prévention réalisée en 2016¹ comparée aux évaluations de 2007 et 2011 a mis en évidence une augmentation de la part des jeunes totalement indemnes de soins et de caries depuis 2007, quelle que soit la classe d'âge (9 ans : 67% versus 59% ; 12 ans : 69% versus 60% ; 15 ans : 63% versus 49% ; 18 ans : 47% versus 40%), à l'exclusion des enfants de 6 ans pour laquelle cette part reste stable aux alentours de 80%.

L'indice CAO², mesure de l'état bucco-dentaire, bien qu'augmentant avec l'âge est en diminution constante depuis 2007 pour l'ensemble de la population éligible au dispositif, à l'exclusion de la classe des enfants de 6 ans.

Indice CAO/CAOm	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans
<i>année 2016</i>	0,63	0,93	0,77	1,13	2,04
<i>année 2011</i>	0,58	1,4	0,91	1,51	2,11
<i>année 2007</i>	0,63	1,74	1,15	1,89	2,78

Source CNAM : Evaluation médicale de l'EBD 2017

En 2016, dans l'année suivant la réalisation de l'EBD au moins 65% des programmes de soins nécessaires ont été totalement réalisés quelle que soit la classe d'âge (6 ans : 70% ; 9 ans : 74% ; 12 ans : 77% ; 15 ans : 76% ; 18 ans : 65%). permettant de faire diminuer l'indice carieux³ final par rapport à l'indice carieux initial observé lors de l'EBD, quelle que soit la classe d'âge.

Indice carieux (IC)	6 ans	9 ans	12 ans	15 ans	18 ans
<i>Initial</i>	0,51	0,61	0,46	0,64	1,03
<i>Final</i>	0,14	0,15	0,09	0,13	0,33

Source CNAM : Evaluation médicale de l'EBD 2017/ données 2016

Plus spécifiquement, l'évaluation médicale de 2016 concernant les enfants de 6 ans (âge auquel les dents permanentes commencent leur éruption) a montré qu'encore 19% de ces enfants ont un besoin de soins lors de l'EBD et 26% des enfants de 6 ans avec un besoin de soins ont au moins 4 caries signifiant que l'état bucco-dentaire de ces enfants peut encore être amélioré.

Par ailleurs, les enfants de 6 ans bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (CSS) ont un état bucco-dentaire plus dégradé que les enfants de 6 ans non bénéficiaires de la CSS.

¹ Evaluation médicale de l'examen de prévention bucco-dentaire des enfants et adolescents de 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans, 18 ans. Avril 2017 - CNAM - LR/DDGOS/27/2017

² L'indice CAO (en dentition permanente) ou CAOm (en dentition mixte : présence simultanée de dents permanentes et lactéales) est la moyenne qui résulte du nombre total de dents cariées, absentes pour cause de carie et obturées rapporté à la totalité de la population concernée.

³ Indice carieux (IC) : moyenne du nombre de dents cariées non traitées dans une population donnée

En effet, l'indice carieux moyen des enfants de 6 ans relevant de la CSS est 2 fois supérieur à celui de la population totale de cette classe d'âge (1,17 versus 0,51) et est majoré pour les enfants avec besoin de soins (3,25 versus 2,68).

1-2-2 Des inégalités encore marquées

Si la tendance générale est à l'amélioration de l'état de santé bucco-dentaire, selon le rapport de la DREES de 2017 ⁴ cette évolution connaît encore des différences selon les milieux sociaux.

Les enfants d'ouvriers et les enfants scolarisés en zone d'éducation prioritaire ou en zone rurale ont un état de santé bucco-dentaire moins bon et des atteintes carieuses plus fréquentes que les enfants de cadres.

Afin d'atteindre ces populations d'enfants à risque majoré, un dépistage bucco-dentaire individuel a été initié en milieu scolaire auprès des enfants de CP en zones défavorisées.

L'évaluation médicale réalisée par la CNAM en 2018 de l'expérimentation mise en œuvre dans 38 CPAM pour l'année scolaire 2016/2017 a mis en évidence un indice carieux moyen de 1,49 et un indice CAOm moyen de 2,09 très élevés dans cette population d'enfants.

De plus, le besoin de soins des enfants dépistés en classe de CP dans les zones défavorisées s'élevait à 44% tandis qu'il était de 19% pour les enfants de 6 ans observés dans la population générale (cf. Evaluation médicale de l'EBD CNAM 2017). L'accompagnement personnalisé des enfants avec besoins de soins lors du dépistage a permis, pour une partie d'entre eux, d'améliorer leur état bucco-dentaire en augmentant le recours au chirurgien-dentiste, l'indice carieux moyen évalué 9 mois après les séances de dépistage diminuant de 27% par rapport à l'indice carieux observé lors du dépistage.

Ces constats ont conduit à généraliser, à l'ensemble du territoire, les actions de prévention ciblées sur des populations à risque, notamment les enfants de 6 ans scolarisés en milieu scolaire relevant des réseaux d'éducation prioritaire (REP) et à renforcer l'accompagnement personnalisé des enfants en situation de précarité.

L'évaluation de cette action concernant 22 080 enfants a montré que l'indice carieux moyen de 1,9 sur l'ensemble de cette population était plus élevé chez les enfants bénéficiaires de la CSS que chez les non bénéficiaires (2,4 versus 1,5). Par ailleurs, cet indice augmente d'autant plus que l'indice de défavorisation de la commune de résidence est élevé, avec une différence plus marquée pour les enfants bénéficiaires de la CSS.

Parmi la totalité de la population étudiée, 7 624 enfants ont eu recours au chirurgien-dentiste suite au dépistage et plus de la moitié d'entre eux avaient des dents cariées.

Le recours au chirurgien-dentiste a permis de réduire l'indice carieux moyen initial de ces enfants.

Enfants non CSS : ICm initial 1,5	Enfants non CSS : ICm final 0,9
Enfants CSS : ICm initial 2,4	Enfants CSS : ICm final 1,7

Parmi les enfants ayant eu recours au chirurgien-dentiste, 70 % des enfants avec caries lors du bilan initial ont été totalement ou partiellement soignés.

Cependant, le recours aux soins reste encore insuffisant pour les enfants présentant des caries

L'enjeu de santé publique des actions à mener est d'augmenter l'entrée des enfants présentant des atteintes carieuses sévères et ne consultant pas de chirurgiens-dentistes dans le dispositif afin qu'ils aient recours aux soins nécessaires le plus précocement possible et, en améliorant l'état de santé bucco-dentaire de ces enfants, de réduire les inégalités sociales.

1-3 Une démarche locale complémentaire au programme national, qui vise à privilégier un parcours de santé complet

⁴ L'état de santé de la population en France. Santé bucco-dentaire chez l'enfant et l'adolescent DREES Rapport 2017

L'ensemble des données montre que, dès 6 ans, la maladie carieuse touche encore un nombre conséquent d'enfants.

L'évolution des différents indicateurs (indice carieux, indice CAO, pourcentage d'enfants avec besoin de soins, et réalisation des programmes de soins) met en évidence une amélioration de l'état bucco-dentaire des enfants ayant besoin de soins, engendrée globalement par le dispositif.

Pour plus d'efficacité et répondre à un besoin réel de cette population, une intervention auprès des enfants de 5 ans (grandes sections de maternelle en amont de l'apparition des dents définitives) et 6 ans (CP) peut :

- En amont de l'Examen Bucco-Dentaire proposé par l'Assurance Maladie : inciter à son recours et enclencher une démarche de soins lorsqu'ils sont nécessaires.
- En zones défavorisées (réseaux d'éducation prioritaires et/ou de moindre recours à l'EBD) où les différences sociales sont plus marquées et où les comportements d'hygiène et de soins sont moins intégrés : permettre une augmentation de leur entrée dans le dispositif.
- Avec un accompagnement soutenu des parents afin de diminuer le taux de renoncement partiel ou total aux soins : amener à la réalisation de la totalité des programmes de soins nécessaires.

1-4 Des objectifs assignés

Même si l'objectif général est ciblé sur le résultat relatif au taux de recours global au chirurgien-dentiste (EBD, consultation ou autres actes dentaires), l'action doit viser, pour chacune des étapes du processus, des objectifs spécifiques :

- sensibilisation à la prévention dentaire
- recours à l'examen bucco-dentaire (EBD)
- suivi du recours des enfants aux soins dentaires : recours global au chirurgien-dentiste (EBD, consultation ou autre acte ou soin dentaire) > à 65%

2 - CIBLAGE DE L'ACTION

Les actions doivent cibler, en lien avec l'Education Nationale, les enfants scolarisés en CP/ grandes sections de maternelle dans des zones défavorisées répondant aux critères suivants :

- obtention de moins bons scores de recours au Chirurgien-Dentiste (faible participation) que la moyenne nationale
- bénéfice d'une offre et d'une mobilisation de la part des chirurgiens-dentistes suffisantes (existantes ou à créer) pour l'accueil des enfants (réalisation de l'EBD et des soins consécutifs éventuels)
- partenariats locaux permettant de réaliser les actions dans le cadre d'une démarche qualité avec un suivi exhaustif et des cofinancements éventuels.

3 - DESCRIPTION DE L'ACTION (voir annexe 1: schéma récapitulatif)

Cette action composée de 2 volets consiste en :

- Une séance de sensibilisation avec accompagnement du recours au dispositif de prévention
 - rencontre des enfants de CP/ grandes sections de maternelle dans les écoles dans le cadre d'une séance de sensibilisation,
 - contact direct avec les parents

- facilitation de prise de rendez-vous chez les chirurgiens-dentistes- suivi personnalisé des enfants pour la réalisation de leur Examen Bucco-Dentaire et des soins nécessaires.
- Un dépistage bucco-dentaire individuel en milieu scolaire (sur place) en fonction du contexte local (importance des réseaux d'éducation prioritaires renforcés et/ou de moindre recours à l'EBD) en complément de la séance de sensibilisation.

La séance collective de sensibilisation peut être réalisée seule si le dépistage ne peut pas être organisé.

3-1 Le promoteur

- L'action de sensibilisation peut être menée directement par la Caisse si ses moyens humains le lui permettent.

Le volet dépistage sur place ne peut être effectué que par un chirurgien-dentiste et nécessite l'intervention d'un promoteur.

En effet, les chirurgiens-dentistes conseils des ELSM ne peuvent réaliser des séances de dépistage en milieu scolaire dans le cadre de leurs missions.

- La caisse peut aussi déléguer, dans le cadre d'un appel à projet, tout ou partie des interventions, en milieu scolaire, à un promoteur impliqué dans le champ d'action bucco-dentaire qui peut être une collectivité territoriale, une association, un centre de santé, un centre d'examen de santé ou encore une université d'odontologie dans une recherche coût/efficacité afin de privilégier l'offrant le moins cher à qualités équivalentes et de maîtriser les coûts de l'opération.

Les projets d'actions doivent être analysés, par les caisses, au regard de leur conformité au présent cahier des charges et du coût de revient de l'opération par enfant (*cf. paragraphe 3-4* ; les coûts fixes du promoteur : loyer... ne devant pas être pris en charge au titre de ces actions), le choix du promoteur étant effectué sur ces bases.

3-2 La coordination des moyens

En fonction des besoins, les caisses et les DRSM sont invitées à se rapprocher et à mutualiser les moyens, au niveau régional ou interrégional pour la mise en œuvre, la coordination et l'évaluation de l'action :

- en termes de personnel et de logistique,
- pour l'achat des kits de brossage,
- l'impression et l'édition des documents...,
- la plateforme téléphonique (campagne de relances...),
- l'évaluation des actions.

afin de faciliter la mise en œuvre de l'action et maîtriser les coûts de l'opération.

Une coopération et une coordination entre les services administratifs des caisses, notamment des services prévention des CPAM/CGSS et les chirurgiens-dentistes conseils des ELSM, chargés du suivi des enfants dépistés et de l'évaluation de l'action est nécessaire pour le volet dépistage.

3-3 Les préalables à l'action : instances et partenariat avant toute action et délégation éventuelle

- Mise en place d'un Comité de Pilotage incluant:
 - les services concernés des caisses (prévention, relations avec les professionnels de santé, communication, informatique et statistique et l'intervenant direct pour les séances d'éducation lorsqu'il est agent de la CPAM), l'ELSM (chirurgien-dentiste conseil notamment pour la préparation des réunions collectives, des rencontres individuelles avec les chirurgiens-dentistes de la zone où se situe la classe concernée et la préparation des séances de dépistage),

- les représentants de la MSA et des autres régimes impliqués dans le dispositif
 - les représentants des partenaires (inspection académique, mairie, conseil général, chirurgiens-dentistes, CHU...),
 - la médecine scolaire
- Information préalable sur l'action : Commission Paritaire Locale (CPL), revue de la caisse, presse locale...
 - Information des professionnels en partenariat avec leurs représentants, notamment les syndicats de la Commission Départementale Paritaire et le Conseil de l'Ordre Départemental pour les avertir de l'action,
 - Contact spécifique avec les chirurgiens-dentistes de proximité : courriers/mails ciblés expliquant les modalités d'accompagnement et de suivi ou entretiens avec les chirurgiens-dentistes conseils au cours desquels il peut être demandé de faciliter la prise de rendez-vous,
 - Information préalable à destination des parents en privilégiant les outils multicanaux : SMS, mails, messages téléphoniques plutôt que les supports papier (définir les modalités avec les enseignants de chaque école afin de prendre en compte les spécificités socio-économique et culturelle des populations concernées),
 - Information des relais médicaux et sociaux habituels de proximité des parents : PMI, CCAS, travailleurs sociaux, ateliers santé/ville, maisons de quartier, centres de loisirs, associations des parents d'élèves, Pass Santé Jeunes...
 - Fourniture aux parents de la liste des chirurgiens-dentistes sur le secteur géographique concerné ou incitation à consulter le site *annuaire santé d'ameli.fr*
 - Mise à disposition de la liste des écoles et des classes participantes où les interventions auront lieu afin de permettre la délivrance d'un imprimé de prise en charge (avec logo spécifique de l'action) lors de la séance de sensibilisation et d'assurer le suivi (réalisation de l'EBD et des soins en cas de besoins),
 - Coordination avec les autres régimes, le recueil des fiches de renseignements restant sous la responsabilité des chirurgiens-dentistes.

- RGPD :

Il est rappelé que la procédure CNIL doit être respectée et que la Cnam a procédé à une mise en conformité aux dispositions du Règlement Européen sur la Protection des Données (RGPD) avec une inscription au registre des traitements n°/réf 44-2019 du 10 mai 2019 et mention d'information pour la mise en œuvre des actions de prévention bucco-dentaire auprès des enfants scolarisés. (<https://ameli-reseau.ramage/article/prevention-buccodentaire-aupres-des-scolaires?rubrique=28082>)

3-4 La mise en place des interventions : de la séance de sensibilisation à la santé bucco-dentaire en CP/Grandes sections de maternelle

3-4-1- La séance de sensibilisation collective

Cette phase de sensibilisation à la prévention dentaire doit :

- Intervenir, dans la mesure du possible, au cours du 1er trimestre scolaire de façon à permettre aux enfants de réaliser leur EBD et soins de suite éventuels avant les vacances scolaires d'été.
- Répondre aux exigences suivantes :
 - durée d'une heure environ visant à apporter des connaissances sur la santé bucco-dentaire et à influencer sur les comportements d'hygiène bucco-dentaire,
 - dans un langage adapté au niveau scolaire des enfants.
- Développer les messages suivants :

- 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 (gestuelle du brossage, plaque dentaire)
 - impact de l'alimentation sur la santé bucco-dentaire (réduction du grignotage, limitation de la consommation de sucres: sodas, apports équilibrés), comportements alimentaires qui favorisent le surpoids et l'obésité et sont néfastes pour la santé bucco-dentaire
 - rôle du fluor (dentifrice fluoré).
- Insister sur l'apparition des dents de 6 ans.
 - Prévoir :
 - une séance préparatoire avec les enseignants, les directeurs d'établissements et la médecine scolaire : calendrier des interventions et de suivi permettant à l'ensemble des actions (sensibilisation, réalisation de l'EBD et des soins consécutifs nécessaires) de s'inscrire dans l'année scolaire et, si possible, de ne pas dépasser 4 mois, ce délai très court participant à la réussite de l'action, définition des modalités d'information des parents, choix des méthodes de relances les plus appropriées aux familles concernées, modalités d'utilisation du kit d'animation et du quiz, de façon à les associer à cette phase de sensibilisation à la prévention dentaire et leur permettre de relayer ensuite ces messages dans la durée.

La médecine scolaire (infirmières scolaires notamment) constitue un lien privilégié avec les parents pour les relances éventuelles des enfants n'ayant pas effectué leur EBD ou leurs soins consécutifs dans le cadre de leurs missions.

- des outils spécifiques appropriés pour la séance de sensibilisation destinée en CP, fournis par la Cnam: « kit d'animation » (*la livraison du kit animation est effectuée par un routeur à la caisse en fonction du nombre de classes de CP indiqué par la caisse sur la fiche transmise à la Cnam*), affiches / dépliants « M'T Dents », quiz⁵, dépliant d'information à destination des parents.
- La remise d'une brosse à dents adaptée à l'âge de la cible.
L'achat des brosses à dents doit se faire, après mise en concurrence des fournisseurs : 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 portant le logo « M'T Dents », signature de la campagne nationale de communication bucco-dentaire, doit être accompagnée d'une explication orale sur leur utilisation.

- La remise de l'imprimé spécifique de prise en charge aux enfants n'ayant pas bénéficié de l'EBD avant la séance de sensibilisation.

Cet imprimé, avec logo spécifique de l'action, permet de repérer les bénéficiaires de l'action d'accompagnement.

Pour les enfants non éligibles à l'EBD (en dehors de la tranche d'âge ou relevant de l'AME), un bon d'incitation à aller chez le chirurgien-dentiste pour une consultation, sous forme papier, doit leur être remis en précisant les modalités de prise en charge (100% pour les enfants relevant de la Complémentaire santé solidaire, 70% et participation de la complémentaire santé pour les enfants en dehors de la tranche d'âge; à noter, les enfants relevant de l'AME ne peuvent bénéficier des programmes de prévention)

Le coût de l'opération par enfant (séance de sensibilisation collective, supports pédagogiques, brosse à dents) ne doit, en aucun cas, dépasser **14€/enfant** toutes sources de financement et acteurs de l'opération confondus (FGA, FNPEIS, cofinancements), exclusion faite des frais des caisses pour le suivi et la relance.

⁵ Il est tout à fait possible, au vu du nombre de classes et de l'évaluation favorable, de manière globale, en ce qui concerne l'acquisition des connaissances, d'orienter l'analyse des quiz sur un échantillon de classes

3-4-2 Face à face avec le chirurgien-dentiste : dépistage bucco-dentaire individuel et «entretien motivationnel» aux changements des habitudes de vie

En complément de la séance de sensibilisation, la mise en place d'un dépistage bucco-dentaire en milieu scolaire (sur place) est vivement recommandée, soit par la caisse, soit par un autre promoteur.

Réalisé sur place à l'école, ce dépistage doit répondre aux critères suivants:

- être effectué par un chirurgien-dentiste (libéral, salarié, étudiant en chirurgie-dentaire...)
- dans des conditions d'hygiène appropriées prenant en compte les mesures barrières dans un local mis à disposition afin d'assurer la confidentialité
- recueillir l'autorisation des parents pour le dépistage individuel de leur enfant et le suivi personnalisé éventuel (à partir du formulaire fourni par la CNAM permettant, de signaler leur position par rapport à la réalisation de ce dépistage)
- assurer la transmission, par le chirurgien-dentiste dépisteur, **sous pli confidentiel** des fiches de recueil de tous les enfants dépistés au Service Médical placé près la Caisse accompagnés de toutes les autorisations parentales et de la fiche d'information par classe.
- Dans les cas où les demandes d'autorisations parentales sont collées dans les carnets de correspondance des enfants, il convient de les en détacher et de les joindre aux formulaires de dépistage, ce document étant réglementairement obligatoire pour réaliser la saisie des données médicales et assurer le suivi personnalisé des enfants par les ELSM.
- Les enfants sans besoin de soins lors du dépistage : ne nécessiteront aucun accompagnement ni procédure de relance.
Il conviendra cependant, de rappeler que ce dépistage sur place ne se substitue pas à un contrôle régulier chez le chirurgien-dentiste à l'aide du courrier destiné aux parents suite au dépistage.
- Les enfants avec besoin de soins lors du dépistage : seront invités à se rendre chez un chirurgien-dentiste.
- Un courrier sera remis à l'enfant pour ses parents à l'issue du dépistage, les informant de l'état bucco-dentaire de leur enfant et en cas de besoin de soins, les incitant à consulter leur chirurgien-dentiste.

L'apport de connaissances et d'informations est nécessaire mais ne suffit pas à faire changer les comportements.

« L'entretien motivationnel »⁶ au changement permet d'agir à ce niveau et ainsi de favoriser la modification des habitudes de vie (contrôle régulier, hygiène bucco-dentaire, alimentation, utilisation de dentifrice fluoré).

Ce face à face permet également de dédramatiser la visite au cabinet dentaire et de faciliter, pour les enfants avec besoin de soins, la réalisation des programmes de soins nécessaires.

A noter que le coût de l'opération par enfant (séance de sensibilisation collective, supports pédagogiques, brosse à dents, dépistage bucco-dentaire suivi de «l'entretien motivationnel») ne doit, en aucun cas, dépasser **25€/enfant** toutes sources de financement et acteurs de l'opération confondus (FGA, FNPEIS, cofinancements).

3.5 Possibilité d'indemniser les frais de déplacement des intervenants amenés à sensibiliser et le cas échéant dépister les enfants de CP/grandes sections de maternelle dans des écoles situées en zones très-sous-dotées

⁶ Basé sur les théories de changement de comportement :

- (Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. et Norcross, J.C. (1992). *In search of how people change: Applications to addictive behaviors. American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rollnick S, Miller WR et Butler CC (2009) *Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation. InterEditions : Paris.*

Il est désormais possible pour les intervenants (hors agents salariés de la caisse) amenés à se déplacer dans des écoles pour réaliser des actions de sensibilisation et le cas échéant de dépistage bucco-dentaire en classe de CP/grandes sections de maternelle de demander l'indemnisation de leurs frais de déplacement (en sus des rémunérations forfaitaires versées au titre de l'intervention) sous réserve du respect des conditions cumulatives suivantes :

1/ l'établissement scolaire où sont réalisées les actions se situe en zones très sous dotées (au sens du zonage ARS utilisé pour les versements des aides conventionnelles aux chirurgiens-dentistes - voir en annexe 1 – le zonage dentaire de référence et lien vers carto santé pour une vue affinée par territoires - https://cartosante.atlasante.fr/validation/#c=indicator&i=zonage_conv.z_dent&view=map12)

2/ l'indemnisation des frais de déplacement est réalisée :

- Pour un véhicule : sur la base du tarif kilométrique en vigueur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045160753>) multiplié par la distance (nb de km) parcourue entre le domicile de l'intervenant et l'école. A noter, l'indemnisation des frais de déplacement est limitée à 200km maximum aller/retour.
- pour les transports en commun (train, bus, métro, RER, tramway, autocar) sur présentation d'un justificatif de trajet (pour le train, indemnisation du billet sur la base d'un billet seconde classe ; pour les autres transports en commun sur présentation du ticket/billet).

3/ l'intervenant doit être un chirurgien-dentiste pour les séances de sensibilisation et dépistage. Pour les séances de sensibilisation seules, l'intervenant peut être d'une autre qualification professionnelle. (A noter qu'il ne peut pas être demandé de dotation pour l'indemnisation de frais de déplacement des agents salariés de la caisse amenés à sensibiliser en classe.)

4/ l'intervenant doit justifier de ses frais de déplacement : auprès du promoteur (si la caisse a contractualisé auprès d'un promoteur) ou auprès de la caisse (si la caisse a contractualisé directement avec l'intervenant) en transmettant le formulaire dédié – voir en annexe 2 – formulaire.

Comment s'effectueront en pratique les dotations ?

1/à la fin de chaque intervention (les interventions en milieu scolaire se dérouleront majoritairement comme demandé de septembre à décembre mais peuvent, pour certaines, aller exceptionnellement jusqu'en avril de l'année N+1), l'intervenant communiquera au promoteur (si la caisse a contractualisé avec un promoteur au titre de l'action) ou à la caisse (à défaut) le formulaire fourni en annexe 2.

2/en mai de l'année N+1, le promoteur local effectue la demande à la caisse de rattachement d'une dotation globale au titre de l'indemnisation des frais de déplacement pour l'ensemble de ses intervenants en communiquant à celle-ci le montant global demandé accompagné d'un fichier justifiant des déplacements (via le fichier en annexe 3)

3/fin mai/mi juin de l'année N+1, après vérification de la réalité des interventions et de la cohérence du nombre de kilomètres indiqué par l'intervenant dans le formulaire d'indemnisation via le michelin (<https://www.viamichelin.fr/>) et au regard des autres informations relayées, chaque caisse communique à la Cnam le montant de la dotation demandée au titre de l'indemnisation des frais de déplacement (celle demandée par le promoteur et/ou celle demandée par les intervenants ayant contractualisé avec la caisse) via le fichier en annexe 4.

4/fin juin/juillet de l'année N+1, la Cnam procède aux versements des dotations aux caisses pour l'indemnisation des frais de déplacement.

5/ en septembre/octobre de l'année N+1, la caisse indemnise les intervenants et/ou transmet les dotations afférentes au promoteur ayant contractualisé avec la caisse pour qu'ils puissent indemniser ses intervenants.

Exemple de calendrier – versement des dotations pour les indemnisations des frais de déplacement dans le cadre de l'action bucco-dentaire

Septembre 2023 à avril 2024	Les intervenants procèdent aux actions de prévention en milieu scolaire A l'issue, transmission par l'intervenant du formulaire en annexe 2 pour obtenir l'indemnisation de ses frais de déplacement
Mai 2024	Le promoteur transmet une demande globale de dotations pour l'indemnisation des frais de déplacement pour l'ensemble de ses intervenants avec l'annexe 3
Fin Mai/Mi-Juin 2024	Chaque caisse communique à la Cnam le montant de la dotation demandée au titre des frais de déplacement (celle demandée par le promoteur et/ou celle demandée par la caisse ayant pu contractualiser avec un intervenant) via le fichier en annexe 4
Fin Juin/juillet 2024	La Cnam procède aux dotations des caisses pour l'indemnisation des frais de déplacement
Septembre/octobre 2024	La caisse indemnise les intervenants et/ou transmet les dotations afférentes au promoteur ayant contractualisé avec la caisse

A noter que si la caisse contractualise avec un promoteur au titre des actions de prévention bucco-dentaire, elle devra inclure, dans la convention signée entre la caisse et le promoteur, cette évolution (revalorisation des forfaits et prise en charge des déplacements). Si la convention a déjà été signée pour l'année scolaire, il est possible de faire parvenir au promoteur un avenant intégrant ces nouvelles possibilités.

3-6 Accompagnement et suivi

La phase de sensibilisation, si elle n'est pas complétée par une rencontre en face à face avec le chirurgien-dentiste permettant un dépistage et un « entretien motivationnel », doit être suivie d'un accompagnement vers :

- la réalisation de l'Examen Bucco-Dentaire chez le Chirurgien-Dentiste
- la réalisation des soins pour les enfants dont l'état dentaire le nécessite, de façon à privilégier un parcours de santé complet (pris en charge à 100% dans le cadre du programme « M'T Dents »).

Elle suppose l'intervention des services administratifs des Caisses chargés de l'organisation de l'action, dans le cadre de la séance de sensibilisation seule.

Pour les enfants ayant fait l'objet d'un « dépistage en classe », un accompagnement des enfants avec besoins de soins est réalisé par les chirurgiens-dentistes conseils des ELSM par contact auprès des parents pour amener les enfants dont l'état dentaire le nécessite, vers la réalisation des soins nécessaires.

Les chirurgiens-dentistes conseils peuvent s'appuyer sur les missions accompagnement santé, notamment pour assurer le suivi et faciliter la prise de rendez-vous des enfants bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire résidant dans des zones très défavorisées et présentant des dents cariées lors du dépistage.

En effet, l'évaluation médicale du dépistage sur l'année scolaire 2019-2020 a montré que cette population d'enfants avait un indice carieux supérieur à celui de la population d'enfants non bénéficiaires de la CSS et que leur recours aux soins nécessaires était encore insuffisant.

Les Eléments à fournir

Les caisses et les ELSM devront disposer des éléments ayant trait au déploiement de l'action et à son suivi.

Les promoteurs devront fournir aux caisses des éléments relatifs aux conditions de réalisation du dépistage.

Les chirurgiens-dentistes dépisteurs devront transmettre, dans une même enveloppe, sous pli confidentiel aux ELSM, les formulaires (fiches) de dépistage accompagnés des autorisations parentales et de la fiche d'information par classe.

- Déploiement de l'action

- nombre d'établissements et de classes visitées
- nombre d'enfants sensibilisés et dépistés par le chirurgien-dentiste
- lieu et conditions de réalisation du dépistage
- état bucco-dentaire des enfants examinés via les fiches de dépistage
- modalités de relance

- Coût de la mise en œuvre

- montant des dépenses de mise en œuvre de l'action (montant détaillé par poste de dépenses : actions d'informations / dépenses de personnel / kits de brossage / frais de gestion et de suivi / frais de relance / coût total de l'action),
- montant des financements (GA/FNPEIS/ASS) et cofinancements (MSA/autres).
- plannings prévisionnels et dates réelles des interventions,
- nombre et nature des actions relais mises en place par les personnels de l'Education Nationale,
- moyens humains utilisés : par catégorie professionnelle, nombre de personnes, qualification, montant de rémunération de la vacation,

- Observations/ Préconisations

- les freins
- les leviers

Les données doivent être organisées par école et par classe dans le système d'information du promoteur qui devra prévoir également les coûts détaillés de l'action afin de pouvoir les fournir sur demande dans le cadre de l'évaluation.

A l'issue de l'année scolaire, le promoteur fournira un rapport d'activité (points forts, difficultés rencontrées, solutions mises en œuvre pour les résoudre, écarts constatés par rapport aux objectifs, correctifs apportés..).