

ACTES XVIII

JOURNÉE DE SANTÉ PUBLIQUE DENTAIRE

LE 8 NOVEMBRE 2018

18



ACTES XVIII

**JOURNEE DE SANTE
PUBLIQUE DENTAIRE**





Sommaire

Politiques de Santé et territoires

OUVERTURE

Mme Marie KENNEDY, *Vice-Présidente du Conseil départemental du Val-de-Marne, déléguée à la petite enfance et à la protection maternelle et infantile*

Dr Évelyne BAILLON-JAVON, *Présidente de la Société française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire*

Pr Corinne TARDIEU, *coprésidente scientifique, Faculté d'odontologie - Aix-Marseille Université, Présidente du réseau Handident Paca*

Pr Emmanuel VIGNERON, *coprésident scientifique, géographe et historien, Université de Montpellier, Institut des hautes études de l'aménagement des territoires (Ihedate)*

LE TERRITOIRE, DU CADRE NATUREL DE LA SANTÉ PUBLIQUE AUX LIEUX DE LA PRÉVENTION ET DU SOIN

Modératrice : Pr Corinne TARDIEU

Territoires : Alibi ou nouvelle frontière ? - Pr Emmanuel VIGNERON, *Université de Montpellier, Institut des hautes études de l'aménagement des territoires (Ihedate)*

Territoires, risques et inégalités de sante, de quoi parle-t-on ? - Mme Zoé VAILLANT, *maître de conférences - Université Paris Nanterre*

DÉBAT

RÉPONSES AUX BESOINS BUCCO-DENTAIRES DANS LES TERRITOIRES

Table ronde, Pr Sylvie AZOGUY-LEVY, *Université Paris Denis-Diderot*

Pr Stéphanie TUBERT, *doyen de la faculté d'odontologie-université Clermont-Ferrand.*

Dr Nathalie LEUGER-FERRAND, *Syndicat des Femmes Chirugiens-Dentistes (SFCD)*

Dr Martine DAME, *Syndicat National des Chirugiens-Dentistes de Centres de Santé (SNC-DCS),*

Dr Nicolas GIRAUDEAU, *chirurgien-dentiste au CHRU de Montpellier*

DÉBAT

SESSION POSTERS

DE TERRITOIRE EN TERRITOIRE, DE BELLES INNOVATIONS

Modérateur : Pr Emmanuel VIGNERON

Prévention accès aux soins dans les territoires. Quel avenir pour les réseaux de santé ?
Pr Corinne TARDIEU, *Faculté d'odontologie - Aix-Marseille Université, Présidente du réseau Handident Paca*

Un projet national innovant : le rôle des médiateurs de santé - Dr Johann CAILHOL,
Mme Loly MARAFIN, *hôpital Avicenne - Université Paris 13*

Une nouveauté : le service sanitaire - Pr Anne-Marie MUSSET, *collège des enseignants en santé publique dentaire*

DEBAT

COMMUNICATIONS

Précarité et accès aux soins bucco-dentaires - Dr Charles MALKOUN, Dr Moussa-BADRAN, *UFR d'odontologie-Université de Reims-Champagne Ardenne.*

Analyse des pratiques et croyances des professionnels médicaux et sociaux concernant la santé orale des personnes en situation de précarité - Dr Solveig VAUTEY, Dr Frédéric MERSON, Dr Estelle MACHAT, Pr Stéphanie TUBERT-JEANNIN, *UFR d'odontologie - Université Clermont Auvergne.*

Prise en charge bucco-dentaire des jeunes étrangers se déclarant mineurs non accompagnés en Meurthe-et-Moselle, en 2017 - Dr Alexandre BAUDET, Dr Greyce NASRED-DINE, Dr Céline CLEMENT, *faculté d'odontologie de Lorraine - Université de Lorraine.*

Étude de l'impact des déterminants socio-économiques et démographiques sur la santé dentaire des enfants scolarisés dans le Val-de-Marne - Dr Carol Anne HEIWY, Dr Ariane EÏD, M Mamadou THIAW, M Bruno PLANCHE, Mme Lisa MERLOT, *Conseil départemental du Val-de-Marne.*

Exercer dans un désert médical. Que nous disent les chirurgiens-dentistes qui ont fait ce choix ? - Dr Noëline FROMENTIN, Dr Céline CATTEAU, *faculté de chirurgie dentaire université de Lille.*

Favoriser la bonne santé bucco-dentaire des enfants. Expérience de la Ville de Cherbourg-en-Cotentin - Mme Lycia ROUSSELET, *animatrice promotion de la santé de la ville de Cherbourg-en-Cotentin.*

REMISE DU PRIX FRANÇOISE ROTH

CLOTURE

Depuis 1991, le Conseil départemental a mis en place un programme de prévention bucco-dentaire auprès des enfants et des jeunes Val-de-Marnais. Ce programme s'appuie sur une expertise et des activités croisées, en prévention primaire et secondaire, pour réduire la prévalence carieuse, améliorer le recours aux soins, et réduire les inégalités de santé. Il organise également des partenariats participatifs incluant divers acteurs et professionnels des champs sanitaires, médicaux, sociaux et éducatifs. Je pense ici aux villes, aux associations, à l'inspection d'académie et aux enseignants. Ce service de promotion de la santé bucco-dentaire mène une véritable politique publique de prévention dans le Val-de-Marne, quand bien même nous souffrons d'un manque cruel d'infirmières et de médecins scolaires.

Cette politique est également portée par nos centres de PMI et nos centres de planification d'éducation familiale. C'est pourquoi je veux féliciter le comité scientifique, ses présidents, le Professeur Corinne Tardieu de l'université de Marseille, et le Professeur Emmanuel Vigneron de l'université de Montpellier, pour leur participation à cette journée axée sur un thème d'une grande actualité. Je suis persuadée que ces échanges contribueront à améliorer notre compréhension des effets des politiques publiques sur les inégalités sociales et territoriales, afin de chercher ensemble les moyens de les résorber.

Merci encore aux organisateurs et au service de promotion de la santé bucco-dentaire, ainsi qu'à l'ASPBD et au Docteur Fabien Cohen.

Fabien COHEN

Merci à vous, Madame Kennedy. Je passe la parole au Dr Saliha Dib, nouvelle cheffe du service de promotion de la santé bucco-dentaire.



Saliha DIB, chef du service de promotion de la santé bucco-dentaire, Conseil départemental du Val-de-Marne

Bonjour. Je vais vous lire le message suivant au nom du service que je représente.

« Philippe Hugues a intégré le service il y a plus de 20 ans. Nous parlions alors de la mission bucco-dentaire. Il a postulé en 1995 pour travailler sur l'enquête épidémiologique. Il souhaitait, comme stipulé dans sa lettre de motivation, mieux cerner le rôle du dentiste de collectivité. Après avoir exercé comme libéral, il voyait dans cette expérience la possibilité d'utiliser autrement ses compétences, et de se confronter ainsi aux réalités sociales.

Puis, il a mis en place l'action en direction de la petite enfance, travaillant à la conception du projet. Son activité s'est ensuite portée vers les populations les plus vulnérables. Il a contribué à la mise en place du réseau social dentaire et de l'enveloppe de soins complémentaires pour les bénéficiaires du RSA. Ces dernières années, il s'était investi dans les questions de santé dentaire auprès des publics les plus fragiles, tels que les enfants et les jeunes placés à l'aide sociale à l'enfance, sans oublier les enfants en situation de handicap. Lors de la création des journées de santé publique avec de nouveaux partenaires, Philippe a porté cet engagement pour le département. Il a permis le développement de ces journées, mais aussi, grâce à sa rigueur et à son professionnalisme, le renforcement de l'esprit de la santé publique dentaire.

C'était un collègue non seulement professionnel et impliqué, mais aussi un homme brillant et cultivé, qui participait pleinement à la vie de notre service. Très sensible et ouvert aux autres, il a également accompagné plusieurs groupes d'étudiants. Si son départ représente une grande perte pour le service, il laisse au travers de ses activités et de ses nombreux écrits un héritage précieux pour la santé publique dentaire. »

Je vous remercie.

Fabien COHEN

Pour rendre hommage à Philippe Hugues, son ami Frédéric Courson, également notre président pendant de longues années, va maintenant prendre la parole.



Frédéric COURSON

Mes chers confrères, chers acteurs de la santé publique bucco-dentaire, chers amis, le 2 octobre dernier, Philippe Hugues, Trésorier national et membre du bureau de l'ASPBD, nous quittait. J'ai eu la chance, à ses côtés, d'animer l'association durant plusieurs années, et de découvrir la santé publique bucco-dentaire, dont il maîtrisait bien des aspects. Depuis 2002, avec d'autres membres du bureau, tels que Fabien, Jean-Paul, Julie, Lucette, Djilali, Louis, Jérémy et bien d'autres, il organisait notre association. En charge tout particulièrement de l'organisation des journées thématiques du mois de novembre, comme celle d'aujourd'hui, il donnait ses lettres de noblesse à la santé publique bucco-dentaire.



La santé publique, d'une manière générale, est une discipline souvent mésestimée, alors que sa contribution sur la protection des populations mériterait davantage d'attention de la part des pouvoirs publics. Philippe défendait le triptyque : Anticiper, Comprendre, Agir.

Il avait su tisser au fil des années des liens étroits avec des spécialistes médicaux et dentaires, étudiant des thématiques très différentes. Je n'en citerai que quelques-unes, que j'ai retrouvées en lisant les actes de ces journées, qu'il avait lui-même patiemment rédigés.

Vous pouvez d'ailleurs retrouver ces actes sur le site de l'ASPBD. Ils portent sur les formations en santé bucco-dentaire, l'évolution de ses concepts, les recommandations en la matière, les protections sociales, les actions de prévention, la santé bucco-dentaire dans la promotion de la santé, entre autres thèmes.

Il s'agissait de sujets de fond pour faire évoluer la discipline. Les échanges furent nombreux et souvent constructifs avec les membres du bureau, pour préparer ces thématiques. J'invite d'ailleurs les acteurs de la santé publique à relire ces actes, ponctués d'interventions de personnalités de renom qu'il avait su convaincre de participer à nos journées. Ces textes représentent une mine de réflexions et de pistes de travail pour de jeunes chercheurs en santé publique bucco-dentaire.

Cependant, Philippe était bien plus que le simple organisateur de ces journées. Il s'occupait du site internet, gérait l'IAE Groupe, et nous dispensait continuellement des informations relatives à la santé publique bucco-dentaire. Il était également un acteur de terrain, tant par son travail au Conseil général du Val-de-Marne que par son activité à l'ASPBD en lien avec des associations. Il travaillait en particulier, avant que la maladie ne l'éloigne, sur les inégalités sociales de santé, sur les personnes en situation de précarité, les personnes âgées, les handicapés, ou encore les jeunes travailleurs. Les spécialistes de ces sujets trouvaient en lui un interlocuteur efficace, ses réflexions et argumentations se présentant toujours étayées d'analyses rigoureuses de la littérature médicale.

Peu de personnes savent que je l'avais désigné pour me succéder à la présidence. Il a toujours refusé.

Humilité, travail de l'ombre, patience et gentillesse le caractérisaient. S'il n'était pas président de notre association, il avait cependant le sens des responsabilités. Beaucoup avaient compris qu'ils avaient trouvé en lui la personne compétente en matière de santé publique bucco-dentaire. Les nombreuses universités qui l'ont contacté peuvent aujourd'hui en témoigner.

Vous avez été nombreux à saluer son travail et sa mémoire sur l'IAE Groupe. Les messages reçus proviennent de plusieurs continents. La famille vous en remercie. Je vous transmets le message d'Isabelle, qu'elle m'a communiqué avant-hier :

« En mon nom et au nom de la famille, je vous remercie des nombreux témoignages de sympathie et de respect pour le travail de mon frère. Les e-mails émanant de professionnels de nombreux pays ont souligné, outre la compétence, l'intelligence et l'intégrité de Philippe, ainsi que son humanisme, l'une de ses principales qualités. Il était très attaché à l'amélioration de la santé publique bucco-dentaire, au service de tous, par le biais de votre association. Il y a investi beaucoup d'énergie et de travail, et en a également retiré de grandes satisfactions.

Votre participation à ses obsèques fut chaleureuse, afin de saluer sa mémoire. Nous vous en savons gré, vous remercions de votre soutien, et vous souhaitons bonne route dans le développement de votre association. »

Pour compléter ce message, je terminerai sur ces quelques mots

Puissiez-vous, par vos travaux du jour sur la thématique « Politiques de santé et territoires », honorer la mémoire de Philippe par la richesse de vos échanges et de vos réflexions.

Puissiez-vous, par vos actions de terrain, continuer son action envers les populations qui en ont besoin.

Puissiez-vous, par votre travail, vos recherches, votre passion pour cette discipline, continuer tout comme lui à convaincre l'ensemble de notre profession du bien-fondé de notre action à l'égard des populations en difficulté, qu'elles soient en situation de précarité ou atteintes par la maladie.

Puissiez-vous enfin, aujourd'hui et demain, vous souvenir de lui.

Je vous remercie. Je vous demande dorénavant de vous lever et de respecter une minute de silence.

Une minute de silence est observée à la mémoire de Philippe Hugues.



Fabien COHEN

Il m'incombe à mon tour de vous lire un message de notre présidente qui n'a pu être présente aujourd'hui.

« Bonjour à toutes et à tous. Veuillez excuser mon absence pour raisons de santé. Merci à vous d'être présents à cette 18e Journée de santé publique bucco-dentaire qui promet comme chaque année d'être des plus intéressantes. Je souhaite que cette journée débute par un hommage appuyé rendu à Philippe Hugues, qui a été durant des années l'organisateur de ces journées annuelles. Je souhaite que cette journée soit ouverte en rendant un hommage appuyé à Philippe Hugues qui a été, pendant des années, la cheville ouvrière de l'organisation de ces journées annuelles. Philippe vient de nous quitter après s'être battu avec un courage exemplaire contre une longue et douloureuse maladie. Certains d'entre vous ne le connaissaient sans doute pas car sa modestie et sa discrétion le faisait rester dans l'ombre. Ses qualités d'organisation et sa rigueur ont permis que tout se passe bien comme si c'était facile et naturel, alors que derrière il y avait énormément de travail et d'énergie. Que ce soit pour les réunions du Comité scientifique et leurs comptes rendus, la formalisation du programme de la journée, toute la logistique (accueil, pochette pour les participants, traiteur, sono et enregistrement des débats) puis la rédaction des actes de la journée, Philippe coordonnait et supervisait tout ! »

Son hommage se poursuivait, mais Frédéric a très bien rappelé dans son intervention qui était Philippe. Puis elle reprend,

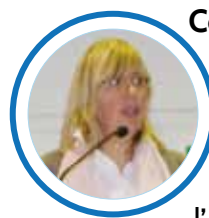
« Chaque année se posait la question du thème à choisir. Il nous fallait à la fois nous renouveler et suivre l'actualité. Le thème de cette année nous apparaît pertinent, compte tenu de l'évolution de l'organisation de la santé. Il s'agit d'explorer la dimension territoriale de la santé publique dentaire. Médecine, sociologie, anthropologie et économie dialoguent depuis longtemps. La santé est une construction interdisciplinaire. Sa dimension géographique remonte à l'Antiquité. Souvenons-nous du traité d'Hippocrate intitulé *Des airs, des eaux et des lieux*. La révolution pasteurienne l'effaça toutefois. Or la géographie revient en force à la fin du XXe siècle.

En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) proposait de s'emparer justement de la notion de territoire. L'appréhension de l'appréciation territoriale des questions de santé progresse, tant dans la lecture d'une épidémie que dans celle des disparités d'états de santé. La prise en compte du territoire dans la fabrication de la santé n'a pas affecté de façon sensible les cadres de pensée dominants, centrés sur la responsabilité des individus. Pourtant, l'organisation des soins de proximité ou de l'accès différencié aux soins met le territoire au cœur des politiques et des usages des services de santé. Celle-ci renvoie aux conditions d'existence des individus, dans toutes leurs dimensions : se nourrir, s'instruire, habiter, travailler, se déplacer, se soigner. Le soin y participe, mais comme le maillon d'une chaîne plus longue. La France dispose, certes, de l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, mais les professionnels ne peuvent agir seuls. L'expression d'un état de santé ou d'une maladie est tributaire de l'ensemble du domaine dans lequel ils se manifestent. Cette journée propose d'explorer la multiplicité et la diversité des relations entre la santé et les territoires, à partir d'une double entrée portant sur l'organisation des soins de proximité et la qualité de l'environnement de vie.

Deux coprésidents scientifiques particulièrement compétents évoqueront, avec nos intervenants et avec vous, les questions que pose cette thématique. Le Professeur Corinne Tardieu, chef du pôle odontologie de l'hôpital de la Timone à Marseille et responsable du réseau de santé Handident, et le Professeur

Emmanuel Vigneron, agrégé de géographie et professeur d'aménagement sanitaire à l'université de Montpellier. Qu'ils soient tous les deux remerciés d'avoir accepté cette mission, d'avoir élaboré avec l'ensemble du comité scientifique le programme d'aujourd'hui, et d'en animer les différents débats, comme autant d'occasions d'apprendre, d'échanger et de dégager des pistes de travail. »

Je vous remercie et je passe la parole à nos coprésidents.



Corinne TARDIEU,
co-présidente scientifique

Bonjour à tous. C'est un grand honneur pour moi de me retrouver parmi vous. Je fréquente l'ASPBD depuis de nombreuses

années et apprécie grandement les débats qui y sont menés. Je suis spécialiste d'odontologie pédiatrique. Le volet prévention m'a donc tout d'abord particulièrement intéressée. J'ai également eu l'occasion, dans la région PACA, de développer un réseau de santé. C'est à ce titre, je pense, que l'on m'a proposé d'être présente aujourd'hui.

Je tiens à vous remercier pour le choix de ce sujet, très actuel pour l'odontologie, mais plus généralement pour la santé de nos jours, et pour votre participation aux défis qui nous attendent sur les territoires.



Emmanuel VIGNERON,
co-président scientifique

Bonjour Mesdames et Messieurs, chers amis. Nous sommes très en retard et il nous faut faire vite.

Le retard de ce matin est-il d'ailleurs le signe d'une mauvaise volonté de notre part à participer à cette journée ? Bien sûr que non, j'imagine que chacun est aussi heureux que moi de se retrouver avec de nombreux collègues, confrères et amis. Ce retard témoigne de certaines réalités auxquelles nous sommes confrontés et, paradoxalement, nous permet ainsi d'entrer sans tarder dans le cœur du sujet.

Tout d'abord, il montre que mêmes proches, nous sommes parfois lointains. Le territoire est toujours plus rugueux qu'on ne le croit. Longtemps, l'administration ne s'en est pas du tout préoccupée.

LE TERRITOIRE, DU CADRE NATUREL DE LA SANTÉ PUBLIQUE AUX LIEUX DE LA PRÉVENTION ET DU SOIN

Corinne TARDIEU

J'ai le plaisir d'introduire le premier débat de ce matin. Qui mieux qu'un géographe peut définir les territoires, avec le poids de leurs histoires respectives ? Est-ce un alibi, un mot-valise, ou un périmètre pertinent pour aborder la santé ? Madame Eynaud présentera également, si elle arrive, une initiative locale du sud de la France. Nous nous interrogerons enfin sur les inégalités avec Madame Vaillant.

L'intitulé exact de cette première partie est libellé ainsi : « Le territoire, du cadre naturel de la santé publique aux lieux de la prévention et du soin ». Je pense en effet intimement que la prévention n'a aucun sens sans le soin. Nous devons aujourd'hui créer un parcours qui lie la prévention (encore lacunaire car nous ne parvenons pas à éradiquer totalement les pathologies) aux soins accessibles à tous pour ceux qui auraient « échappé » à cette prévention. Je passe sans plus tarder la parole à Emmanuel Vigneron pour son évocation des territoires.

I/ Territoires : alibi ou nouvelle frontière ?

Emmanuel VIGNERON

La thématique « Politiques de santé et territoires » constitue donc notre sujet du jour. Il est relativement nouveau d'associer le mot de « territoire » à celui de « politiques de santé ». Il importe donc de comprendre pourquoi nous le faisons dorénavant. Au fond, il s'agit de saisir d'où l'on vient et où nous en sommes sur ce sujet.

Fabien a rappelé tout à l'heure que la loi HPST avait été la première loi hospitalière depuis la loi de 1851, la première alors à articuler les deux termes.

Aujourd'hui, les politiques de santé se saisissent des territoires parce que la prise en compte des inégalités en matière de santé demeure une question préoccupante, qu'il s'agisse des inégalités sociales ou territoriales, longtemps négligées. Pendant longtemps, nous gardions foi dans le progrès, pensant qu'il se répandrait partout de lui-même, tel le rayonnement de la France dans le monde. Les inégalités devaient ainsi se résorber seules. Nous pensions également qu'en vertu des lois de la concurrence, les professionnels libéraux de santé se répartiraient uniformément sur le territoire, afin de ne pas se faire concurrence les uns aux autres. Nous avons oublié l'existence d'une économie d'échelle et d'une économie d'agglomération qui se traduit par une spécialisation de plus en plus poussée. Par exemple, il fut un temps où l'odontologie n'existait pas, de même que la psychiatrie infanto-juvénile. Du reste, cette spécialisation concernant la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent n'a toujours pas de réalité aujourd'hui. De même, dans bien des domaines, la chirurgie générale s'est scindée en une chirurgie générale orthopédique et une chirurgie générale viscérale. De nos jours, nous comptons plus de 20 diplômes différents consacrant autant de spécialités en chirurgie. Or ce qui vaut pour la chirurgie vaut pour l'ensemble de la médecine.

Nous n'avons par conséquent pas résolu ces inégalités, malgré 150 ans de politiques de santé et la dépense d'un « pognon de dingue », si vous m'autorisez à reprendre l'expression de quelqu'un dont j'ai oublié le nom... Non seulement les inégalités demeurent, mais elles s'aggravent. Depuis 2003 ou 2004, le progrès global est de moins en moins partagé. Bien sûr, nous découvrons chaque jour dans la presse des progrès importants, y compris à propos de la chirurgie dentaire. Néanmoins, lorsque l'on étudie leur répartition dans l'espace, nous constatons que l'écart se creuse entre des banlieues, même proches comme Draveil ou Evry, et les beaux quartiers de Paris. En réalité, les « beaux quartiers », comme les appelait Louis Aragon dans son célèbre roman, se portent toujours de mieux en mieux, restent peu nombreux, et sont continuellement mis en avant dans les médias qui d'ailleurs s'adressent à eux le plus souvent.

Afin de prendre convenablement la mesure de la profondeur de ces inégalités, j'ai choisi de vous montrer trois cartes parmi des milliers. J'en réalise depuis très longtemps, mais je ne suis pas seul. L'équipe à laquelle appartient Madame Vaillant, ici présente, a également beaucoup œuvré dans ce domaine. J'ai plaisir à la saluer aujourd'hui. Que nous montrent ces trois cartes sur les vingt dernières années ? Tout d'abord que la France a connu pendant une cinquantaine d'années un « bel ordonnancement » de la répartition de la mortalité. Vous voyez ici la répartition de la mortalité dite prématurée, c'est-à-dire avant l'âge de 65 ans. Cet indicateur est l'un des meilleurs pour suivre les effets des politiques de santé, tant au niveau de la prévention individuelle que de la qualité de l'offre des services.

Un « U » de la sous-mortalité se dessine, longeant l'Atlantique, entourant les Midis pyrénéen et méditerranéen, remontant dans la vallée du Rhône au-dessus des Alpes, passant par la Franche-Comté et allant jusqu'à la plaine d'Alsace. Par contraste, un « T » de la surmortalité semble s'enfoncer dans le corps français, avec une barre horizontale légèrement arrondie joignant la Bretagne à la Lorraine et une barre verticale traversant le pays des Ardennes au Cantal et à l'Ariège.

A ce bel ordonnancement a succédé dans les années 2000 un étalement de ces zones de surmortalité qui gagnent du terrain. Nous constatons également que des poches de surmortalité apparaissent dans des zones jusqu'alors épargnées. Voyez l'ancienne région Midi-Pyrénées et le Couserans dans l'Ariège, en périphérie. Des poches surgissent également dans le Gard, autour des bassins d'Alès et de la Grand-Combe. Ces régions ont joué un grand rôle dans l'économie industrielle de la France par le passé. Nous observons encore dans l'Allier et le Morvan, autres terres ayant grandement contribué à la grandeur de notre pays.

Cet étalement de la surmortalité n'est pas à négliger. L'indice comparatif de mortalité illustré sur cette carte est directement interprétable. La moyenne française est fixée à un indice 100. Si vous vous trouvez dans un territoire présentant un indice de 70, alors vous avez un risque de mourir de 30 % inférieur à ce qu'il est en France. A 130, le risque de mourir, une année donnée à

âge et sexe égaux, est de 30 % supérieur. Si nous comparons les zones à 130 avec celles à 70, le risque passe du simple au double. Ce constat est absolument inattendu, en France, au XXI^e siècle. Il va à l'encontre de l'espoir que nous avons collectivement forgé depuis deux siècles : le fait que l'indice de mortalité varie du simple au double dans notre pays de nos jours constitue un scandale et sanctionne un échec radical de nos politiques de santé.

Cela ne signifie pas pour autant qu'il existerait des coupables, des gens mauvais, pernicieux et complotistes. Cela signifie en réalité que nous avons échoué, au sein de notre République que nous considérons comme un exemple absolu, à effacer ces inégalités appréhendées dès septembre 1789. Une commission avait alors été confiée au duc de La Rochefoucauld-Liancourt. Y siégeaient des génies tels que Condorcet. Cette commission, dès les premiers jours de la Révolution, cherchait à résoudre la question des inégalités.

Plus récemment enfin, de 2005 à 2009, nous observons une fragmentation. Des poches de surmortalité apparaissent dorénavant partout dans le pays. Toutes les régions sont touchées, que ce soit en PACA, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, en Aquitaine, et bien entendu une nouvelle fois dans le Nord et le centre de la France. Ce phénomène pose des problèmes épineux que nous ne parvenons pas à résoudre, comme en témoigne le terrain gagné par ces poches.

En vingt ans, comme le montre ce graphique que j'ai réalisé il y a maintenant quelques années, 61 % des cantons français ont vu leur position relative s'aggraver. Ils ne vont pas moins bien dans l'absolu car le progrès continu masque le creusement des inégalités. Malgré tout, d'un point de vue relatif, ils « se portent » moins bien et sont de plus en plus nombreux dans ce cas. A contrario, ceux qui se portent très bien ne représentent jamais que 20 % de l'ensemble. Toutefois, leur avantage se trouve renforcé : comme le montre mon graphique, ceux qui vont bien vont toujours mieux, mais restent très peu nombreux.

Ils constituent ce que l'on a appelé « les premiers de cordée ». Mais ces « premiers de cordée » n'entraînent pas, contrairement à ce que l'on nous

dit, le reste de la population. Ce constat empirique se démontre d'ailleurs aisément de façon théorique en économie. L'avantage qu'ils tirent ne bénéficie qu'à eux seuls. Les autres ont davantage tendance à s'enfoncer dans des difficultés auxquelles notre société peine à répondre. Vous connaissez peut-être déjà ce graphique car il a rencontré un très grand succès. Il arrive parfois dans une vie qu'une bonne idée nous vienne un matin.

Ils constituent ce que l'on a appelé « les premiers de cordée ». Mais ces « premiers de cordée » n'entraînent pas, contrairement à ce que l'on nous dit, le reste de la population. Ce constat empirique se démontre d'ailleurs aisément de façon théorique en économie. L'avantage qu'ils tirent ne bénéficie qu'à eux seuls. Les autres ont davantage tendance à s'enfoncer dans des difficultés auxquelles notre société peine à répondre. Vous connaissez peut-être déjà ce graphique car il a rencontré un très grand succès. Il arrive parfois dans une vie qu'une bonne idée nous vienne un matin.

Cette idée m'est venue quant à moi en juillet 2010. Je l'avais par ailleurs déjà utilisée lors de ma thèse en Polynésie. J'avais alors publié dans des revues anglaises et l'idée avait été reprise là-bas. J'ai dessiné la mortalité le long du RER B. Tout le monde connaît cette courbe, elle a été publiée dans tous les journaux de France.

Elle montre qu'à 15 minutes d'intervalle, entre le 7^e arrondissement où s'élaborent les politiques de santé, et les communes de la banlieue nord comme La Courneuve ou la plaine Saint-Denis, le risque de mortalité varie à minima du simple au double. J'ai également publié la même étude suivant le RER A, mais le RER B me semble plus parlant.

L'inégalité constatée apparaît terrifiante. A Drancy ou à La Courneuve, le risque de mourir se montre bien supérieur à ce qu'il est en moyenne dans Paris intra-muros ou dans la vallée de Chevreuse, qui constitue depuis Jean-Jacques Rousseau un havre de paix et de sérénité.

Les inégalités de la répartition des médecins libéraux le long de cette ligne B du RER se révèlent également édifiantes. A La Courneuve, on compte 1,6 médecin libéral pour 10 000

habitants. Au Luxembourg, en revanche, lorsque vous descendez du RER, chacun peut voir des plaques vissées sur tous les immeubles. La densité de médecins y atteint le taux de 68,5 pour 10 000 habitants, soit près de 50 fois plus qu'un quart d'heure plus au nord.

J'étais, par ailleurs, à Lyon-Villeurbanne hier soir. Une collègue me disait : « Tout cela va craquer ! » Il ne peut effectivement pas en être autrement. Le gradient est d'une telle violence entre la très belle ville de Lyon et sa périphérie qu'il n'existe plus de commune mesure entre un collège à Vaulx-en-Velin et un collège du centre de Lyon. Ce constat s'observe partout ailleurs.

Une émission de France Inter, intitulée Périphéries et présentée par Edouard Zambeaux, m'avait invité il y a quelques années à effectuer le périple du RER. Je vous invite à l'écouter.

Je vous signale également ce reportage de France 2 réalisée par Zoé Lamazou.

Cette nouvelle carte a été publiée au mois de mars dernier dans le journal Le Monde. Elle démontre que la fragmentation se poursuit. Des départements entiers, tels que l'Aisne, se trouvent en grande difficulté vis-à-vis de leur mortalité.

S'ajoute à cela une inégalité très importante quant à l'offre de premiers recours. Il y a une dizaine d'années, j'avais publié cette autre carte dans L'Expansion. Je l'ai retravaillée récemment pour Le Monde. Nous observons la grande disparité des zones convenablement desservies en matière d'offre médicale.

Il résulte de toutes ces statistiques un bilan dont nous ne pouvons pas nous contenter, ne serait-ce que pour des raisons d'exigence morale. Il me semble par exemple anormal qu'une chirurgie aussi utile que celle touchant à la cataracte soit aussi mal répartie sur le territoire national. Je précise que ce sont nos mamans, des veuves principalement, qui doivent en bénéficier, car les hommes meurent les premiers. Cette chirurgie assure pourtant un maintien à domicile prolongé, coûte peu à la société et rend un immense service à son bénéficiaire. A 90 ans comme à 20 ans, lire demeure la condition de la liberté. Quand une vieille femme n'en est plus capable, elle perd alors un immense bonheur.

Or cette chirurgie est très inégalement pratiquée dans notre pays. Cette répartition est intimement liée à la présence ou non de médecins ophtalmologistes libéraux, qui assurent le dépistage de l'opacification du cristallin. Le chirurgien n'intervient que dans un second temps. Par ailleurs, dans ce domaine, la « surindication » n'existe pas. Personne ne se fait opérer des yeux par plaisir.

De la même façon, l'endoscopie digestive, qui n'est jamais agréable, présente malgré tout de grandes vertus en matière de diagnostic, notamment pour les cancers. Est-il satisfaisant pour les citoyens d'observer de telles inégalités dans sa pratique ? Plus je vieillis, plus ces chiffres me mettent en colère. C'est pourquoi je me permets d'intervenir régulièrement dans les médias depuis quelques années. Je ne veux plus perdre mon temps dans des activités uniquement académiques.

Vous comprenez ainsi que nous faisons face à de grandes inégalités dans notre pays. Les territoires subissent des mutations profondes suite à la désindustrialisation et au glissement des hommes et des activités économiques vers les zones littorales et méridionales. Les écarts de santé se creusent tandis que l'offre de soin tend à se concentrer. Les problèmes d'accès aux soins, de dépistage et de prévention se multiplient. La transition épidémiologique doit nous conduire à un décloisonnement des activités sanitaires et médico-sociales, difficile à réaliser pour l'heure.

Dans un pays républicain comme le nôtre, la loi doit nous guider. Depuis longtemps, elle cherche à prendre en compte ces aspects territoriaux, mais elle le fait laborieusement. Nous vivons actuellement sous le régime de la loi du 21 janvier 2016, proposée par Madame Touraine, et adoptée à une large majorité à l'Assemblée nationale. En revanche, si son adoption fut plutôt rapide, sa préparation a demandé deux ans. Son application offre-t-elle des opportunités afin de résoudre les inégalités ?

Tout d'abord, Madame Touraine s'est trompée en affirmant que cette loi présentait une « révolution ». Le Ministère de la Santé a été fondé en 1920 tandis que la Direction de l'hygiène et de l'assistance publique qui dépendait du Ministère de l'Intérieur a vu le jour en 1878, dans la même

optique. L'idée de coordination des hôpitaux et des acteurs plonge ses racines dans le grand rapport de 1784, dans lequel Jacques Tenon cherchait à classer les établissements et définir ce qu'était un hôpital. Ce travail a abouti à la distinction, depuis la Révolution française, entre hospices et hôpitaux. J'ajoute que nous pensons que les articles de l'Encyclopédie portant sur ces termes sont écrits de la main même de Diderot.

A la fin du XIXe siècle, Henri Monod développe quant à lui les idées d'inventaire et de coordination. Le Front populaire s'en saisit par la suite. Je vous rappelle que Robert-Henri Hazemann, fondateur des centres de santé et conseiller municipal à Vitry dans les années 1920, a également dirigé le cabinet d'Henri Sellier, ministre de la Santé du Front populaire. Ensemble, ils préparèrent des réformes finalement avortées suite à un décret-loi du 28 août 1939. Trois jours plus tard, la Seconde Guerre mondiale débutait. Beaucoup de ces hommes, comme Hazemann, furent par la suite des résistants et agirent dans l'ombre pour que la grande loi hospitalière de décembre 1941 reprenne les perspectives du Front populaire, quand bien même elle fut signée par le Maréchal Pétain.

Plus tard aboutit l'idée de composition, à travers les contributions d'Edouard Couty, longtemps directeur des hôpitaux. Certaines idées émergent dans la loi Boulin du 31 décembre 1970, une grande loi hospitalière. On y parle alors de fédération, terme qui se réfère à une idéologie sociale sans être réellement socialiste. Ces nuances reflètent l'histoire diverse de la gauche française.

Dans la loi de 2016, les dispositions territoriales établissent les groupements hospitaliers de territoire (GHT) comme des pièces maîtresses. J'ai rédigé cet été un rapport d'évaluation des GHT qui sera présenté à l'Académie de médecine le 4 décembre prochain. Cette loi met en place de nombreux outils qui semblent annoncer un renouveau de la notion territoriale. En réalité, un grand nombre de ces outils restent creux, faute de développement. Les derniers décrets ont été publiés deux ans après la promulgation. Trois ans après, nous ne voyons toujours rien de concret. Mon rapport, d'ailleurs, ne plaît pas à tout le monde. Sur le papier, qu'est-ce ainsi que

le « Pacte territoire santé », article 67 de la loi ? Il n'existe plus, en réalité. L'expression n'a pas de réelle signification en elle-même. Le droit reconnaît des traités, des contrats, mais non des pactes. Or ce pacte, défendu ardemment par la ministre de l'époque, a disparu de la vie politique avec ladite ministre.

Par ailleurs, depuis combien de dizaines d'années sait-on que la santé mentale se porte mal dans notre pays ? Il est difficile de développer une offre. Je pense à Alain Lopez, inspecteur général des affaires sociales, qui a rédigé un très beau rapport sur son organisation, avant de partir à la retraite l'an dernier. Plus récemment, mon collègue Pierre-Michel Llorca, autre Clermontois et descendant de républicains espagnols, vient de publier un ouvrage avec Marion Leboyer portant sur la santé mentale en danger. Je vous invite à le lire.

Permettez-moi d'ailleurs de faire ma propre promotion : mon prochain livre, intitulé Les GHT paraît en décembre. Nous l'avons coécrit avec trois collègues : le Professeur Jacques Bringer, doyen de la faculté de médecine de Montpellier ; Claudine Esper, grande spécialiste du droit hospitalier ; et Jean-Michel Budet, ancien directeur d'hôpital. Vous y retrouverez mes réflexions objectives sur les plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé.

Ces GHT font l'objet de beaucoup d'agitation pour peu de résultats. Ce n'est pas un service à leur rendre que de les « abriter » derrière des drapeaux et des slogans, plutôt que de chercher à les construire car l'idée est bonne. Les GHT ne sont pas conçus pour que des établissements exercent des responsabilités territoriales qu'aucun texte de loi ne leur confère. Les établissements publics de santé n'ont pas de responsabilité territoriale autre que celle qu'ils veulent bien se donner.

Les GHT relèvent du régime du contrat entre des établissements qui s'accordent pour assurer ensemble un certain nombre de fonctions. J'insiste sur ce point : les GHT n'assument aucune responsabilité territoriale ! Aucune définition de ce que seraient leurs territoires n'a été précisée. Peut-être avez-vous aperçu des cartes dessinant une zone grossière autour des principaux établissements d'un territoire quelconque, mais en droit, .

le législateur n'a pas désiré acter cette responsabilité. A contrario, la loi de 1970 accordait aux établissements d'un secteur donné, notamment à l'établissement pivot de ce secteur, une telle responsabilité territoriale. Ils participaient alors du service public, particulièrement à travers leur concours à l'organisation de la prévention. Autant de dispositions aujourd'hui annulées.

En outre, les GHT ont été constitués en dehors de toute norme. Il en résulte une importante disparité. Nous comptons actuellement 135 GHT en France. A l'époque où je travaillais pour une mission de la DGOS, j'avais recommandé la création de 150 de ces structures. Nous n'en sommes donc pas très éloignés. Nous nous dirigeons d'ailleurs vers cet objectif car certains sont de trop grande taille, et de nouveaux seront ainsi créés. Mais ces 150 seraient malgré tout très divers. Certains groupements regroupent 20 établissements et vont couvrir une région entière, tel le GHT du Limousin. D'autres micro-GHT vont se retrouver richement dotés en réunissant de nombreux établissements dans un petit espace. Il y a là une véritable rupture d'égalité. Je ne vois donc pas dans ces organismes un moyen de rééquilibrage de l'offre.

Si l'article 107 alinéa 1 de la loi de 2016 attribue aux GHT des missions de service public, le deuxième article rappelle immédiatement qu'il s'agit toutefois d'effectuer des économies, même si les choses ne sont pas dites de cette manière. Ce deuxième alinéa est passé au premier plan, et la mission de service public des professionnels de santé au second.

D'autre part, personne n'a consenti l'effort pédagogique qui aurait consisté à expliquer pour qui sont conçus les GHT. Ce fait illustre bien que leurs objectifs visent une meilleure gestion financière. 70 % des internes déclarent ne rien savoir de ce qu'est un GHT. 40 % des praticiens hospitaliers (PH) disent ne pas s'en préoccuper.

Dans la population, plus généralement, qui sait ce qu'est un GHT ? Les citoyens n'en ont aucune idée. C'est bien là le signe que ces GHT ne sont pas pensés pour eux. D'autres pays ont déjà mis en œuvre de telles organisations territoriales et groupées : les Anglais à travers le National Health Service (NHS), l'Union soviétique dès 1930, et

d'autres à travers le monde. Ces idées relèvent en effet d'une vision sociale, voire socialiste. Nous ne les retrouvons pas, par conséquent, dans les pays plus imprégnés d'économie libérale. Ces organisations sont pourtant nécessaires.

Or aucune pédagogie n'a été menée à leur bénéfice. Aucune affiche n'a été imprimée, à l'image de celles conseillant il y a quelques années de bien se brosser les dents, dans le but d'expliquer comment s'organise un GHT ou comment les patients peuvent s'y retrouver. Je rappelle que la ministre et les textes ont toujours présenté les GHT comme destinés à « fluidifier » le parcours des patients.

Même avec 157 GHT, comme je l'avais préconisé dans mon rapport d'évaluation ex ante il y a deux ans, il reste des endroits en France où le problème demeure épineux, qu'importent les initiatives. Par exemple, le Mercantour restera le Mercantour alors que ses habitants ont autant de droits que d'autres à bénéficier d'une bonne offre de santé. Nous comprenons mieux, dans ces circonstances, le combat que n'a cessé de mener quelqu'un comme Robert de Caumont, ancien maire de Briançon et instigateur de la loi Montagne, pour affirmer que le Mercantour relève d'une situation très spécifique. D'autres lieux merveilleux comme le plateau de Millevaches ne changeront pas davantage.

C'est sur cette trentaine d'exceptions territoriales qu'il faut apporter des solutions particulières. Il serait temps que la loi privilégie davantage l'équité à une égalité trop simpliste.

Pour conclure, il demeure des défauts et de graves vices de forme à corriger dans les GHT et les dispositions territoriales actuelles. Mettre en œuvre ces corrections est pourtant une nécessité. Dans votre domaine, riche de progrès techniques accessibles dans nos grandes villes et leurs établissements universitaires, il s'agit de réaffirmer la gradation et la spécialisation des soins, lesquelles se rapprochent, mais je m'abstiendrai de développer, des spécialisations horizontale et verticale dans l'organisation de l'activité industrielle, qui constitue toujours un beau modèle.

Alors même que nous pourrions espérer que le progrès se diffuse et atteigne tout un chacun

selon ses besoins, les dispositions actuelles ne le permettent pas. Il nous faut, ainsi, à la fois nous efforcer de faire évoluer les superstructures en critiquant leur état actuel et proposer des alternatives, et enfin faire progresser l'action de terrain au jour le jour. C'est pourquoi j'en termine en vous saluant toutes et tous, et en saluant votre action au quotidien pour faire en sorte d'améliorer les choses dans un pays qui va mal.

Je vous remercie.

Corinne TARDIEU

Merci Emmanuel pour cette belle introduction. Nous n'avons pas encore abordé les inégalités dans la santé bucco-dentaire, mais les démonstrations en matière de mortalité vont encore plus loin et nous inquiètent. Comment nous, professionnels de la santé bucco-dentaire, parviendrons-nous à surmonter nos difficultés si aucune avancée n'intervient pour la mortalité ?

J'ai dorénavant le plaisir d'accueillir Mme Zoé Vaillant, maître de conférences en géographie. J'apprécie cette transversalité dans le débat. La richesse de vos études nous apporte beaucoup



II / Comment caractériser un territoire ?



Zoé VAILLANT,
maître de conférences,
Université Paris Nanterre

Je vous remercie de votre invitation. Je suis ravie de pouvoir échanger avec vous lors de cette journée.

Je suis enseignante-chercheuse, et je passe ainsi mes journées à l'université avec des étudiants en formation initiale, en Master, ou futurs professionnels. Nous formons des géographes de la santé et nous nous efforçons de décloisonner et d'établir le lien avec des acteurs de terrain. Parfois, l'aspect académique devient pesant. Ces inégalités sociales et territoriales de santé que nous étudions nous touchent à titre personnel et collectif, et l'envie se fait donc sentir d'agir et de sortir du carcan universitaire. Je me retrouve par conséquent dans les propos tenus par Emmanuel Vignerot.

Il a été indiqué en introduction, de façon convaincante, que les inégalités de santé se creusent, sur fond d'amélioration globale des techniques, des technologies et de l'espérance de vie en général. Toutefois, un rapport anglais a montré que cette dernière connaissait une légère diminution. Il n'en demeure pas moins qu'en France, notre époque est caractérisée depuis les années 1980 par le creusement des inégalités sociales et spatiales en matière d'espérance de vie, un indicateur synthétique en matière de santé.

Lorsque l'on évoque les inégalités sociales de santé, il est bien établi par les épidémiologistes qu'un lien existe entre pauvreté et mauvais niveau de santé. Nous observons cependant que cette approche populationnelle globale se complexifie dès lors que l'on s'intéresse à la répartition spatiale du phénomène. Le lien entre pauvreté et conditions de santé se nuance à mesure que les échelles s'affinent, du niveau communal au niveau infracommunal, puis entre quartiers et entre îlots. Le rapport n'est plus aussi direct, du fait de l'épaisseur du contexte local, de l'histoire, et de tout ce qui constitue la facture des territoires.

Par ailleurs, sur ce sujet des inégalités de santé, le débat est régulièrement happé par la question de l'accès aux soins, qui est bien entendu très importante. Il est évident que lorsque je souffre d'une rage de dents, je cherche un dentiste compétent capable de me soigner. Malgré tout, le soin ne représente que 20 % d'un état de santé. L'essentiel se passe dans d'autres dimensions des conditions de vie. Or ces dimensions se trouvent le plus souvent éludées dans nos façons de penser les problèmes et d'agir.

Dans un premier temps, afin d'ancrer la réflexion dans une sphère plus large que celle du soin seul, préventif et curatif, je souhaite vous montrer un tableau et une carte. Voyez ici un tableau des espérances de vie, classifiées par types d'espaces de la plus petite commune rurale à la plus grosse métropole parisienne, et distinguant les hommes et les femmes. Nous nous apercevons, en étudiant cette approche agrégée par catégories spatiales, qu'il n'existe pas de différences significatives, en termes d'espérance de vie, entre le plus rural et le plus urbain. Une seule année d'espérance de vie les sépare. Ce tableau indique donc que l'espérance de vie ne varie pas selon le niveau spatial.

Cependant, il s'agit ici de moyennes agrégées par catégories spatiales. Vous saisissez l'intérêt de cartographier ces mêmes indicateurs. Sur ces cartes, plus la zone est en rouge, plus l'espérance de vie est basse. Nous découvrons alors, sous les moyennes, des situations contrastées. Tout d'abord, ce n'est pas tant la taille de la ville qui importe ici, mais sa place dans son propre réseau urbain régional.

Trois logiques se dégagent de ces cartes. Premièrement, les grandes métropoles régionales, qui dominent un réseau, enregistrent de meilleures espérances de vie.

Deuxièmement, les petites villes en marge de l'intégration à ces grands réseaux urbains affichent de plus mauvais états de santé.

Troisièmement, enfin, un ancrage régional, au sens de la région culturelle et historique et non pas seulement politico-administrative, est perceptible. Toute la partie nord de la France ou l'ouest de la Bretagne présentent des situations globalement plus défavorables, quelle que soit la taille de la ville, en comparaison avec le sud-ouest du pays.

Une petite ville du nord de la France ressemble ainsi davantage à une grande ville du nord de la France qu'à une petite ville de la région de Toulouse.

Evacuons par conséquent l'idée simpliste qui laisse entendre que l'accès aux soins serait l'unique clé de notre problématique. Beaucoup pensent que l'offre de soins, dans sa quantité, dans sa spécialité, dans sa diversité, et dans sa proximité, suit la hiérarchie urbaine. C'est l'idée que davantage d'offres se trouvent dans les grandes villes. Or les cartes démontrent que si cette affirmation est en partie vraie concernant la répartition de l'offre, cela ne se traduit pas par de meilleurs niveaux de santé. La répartition de l'offre de soins n'est pas la même que celle des résultats de santé. Il s'agit donc d'évacuer la focalisation sur l'accès aux soins.

J'ajoute que l'aire urbaine parisienne, la plus dense sur tous les plans en France, présente des écarts à des échelles plus fines, entre deux villes contiguës ou deux quartiers voisins. Ces écarts sont du même ordre de grandeur que ceux observés entre le Nord et le Sud-Ouest de la France.

Ce constat interroge les grandes décisions politiques, comme il a été dit en ouverture de cette journée. La question se pose des choix d'aménagement dans tous les secteurs de la vie : éducation, culture, transports, logement, emploi, etc. Afin de réfléchir au problème, nous nous ancrons dans un paradigme que vous connaissez, celui des déterminants sociaux de santé. Ce paradigme considère que les groupes sociaux et les individus sont plongés dans de multiples environnements, qui évoqueraient la peau d'un oignon avec des couches solidaires les unes des autres. Selon ce même paradigme, ces environnements « nous travaillent » dans le temps long. Ils vont de nos propres caractéristiques biologiques ou génétiques à nos milieux familiaux, professionnels, sociaux. Le système éducatif, le système de soins, les services sociaux, l'aménagement du territoire nous façonnent. Au niveau encore supérieur, nous sommes également affectés par les grandes options idéologiques, l'économie de marché, la situation générale sur le marché du travail, le contexte politique et législatif, le fonctionnement de la démocratie, les modèles culturels, les valeurs et les normes véhiculées,

les écosystèmes, et je pourrais continuer. Tous ces facteurs se combinent pour travailler chacun de nous, en tant qu'individu, mais aussi en tant que groupe.

C'est dans le cadre de ce paradigme que je vous propose de discuter lors de cette journée et au-delà.

Comment s'organise l'exposition différentielle aux divers risques ? Comment s'opèrent les combinaisons locales des déterminations ? Pour tenter d'illustrer ce processus par un exemple pédagogique, je souhaite développer un propos centré sur la ville de Trappes. Il ne traite pas de la santé bucco-dentaire car je ne disposais pas d'exemple aussi concret en la matière. Cependant, la démarche vaut tout autant. Ici, l'étude porte sur les inégalités d'accès au dépistage du cancer du sein.

La ville de Trappes se trouve, vous le savez sans doute, en grande banlieue parisienne. Elle compte 30 000 habitants. Le dépistage organisé du cancer du sein est un dispositif de santé publique, selon lequel toutes les femmes de 50 à 74 ans reçoivent tous les deux ans une invitation pour effectuer une mammographie sans avance de frais. En principe, toutes les femmes cibles reçoivent donc cette invitation et peuvent accéder, théoriquement, à ce dépistage.

Nous voyons ici la ville de Trappes par quartiers. J'attire votre attention sur le petit quartier au sud, qui s'appelle Jean-Macé. Il présente les plus faibles taux de participation aux dépistages. Au centre, le quartier des Merisiers affiche, quant à lui, les meilleurs taux de participation. Comment expliquer cette différence de participation alors que toutes les femmes reçoivent la même invitation ?

Interrogeons-nous sur le contexte, et en premier lieu sur la composition sociale des quartiers. Nous synthétisons les informations sur les profils sociaux des habitants à travers le revenu médian, le taux de chômage, le taux de cadres, la proportion de chaque CSP, la formation et le taux d'étrangers. Le quartier Jean-Macé est très populaire. Il se compose d'habitat social ou de petites copropriétés privées, et regroupe ainsi des classes parmi les plus précaires. Le quartier des Merisiers est également un grand quartier d'habitat social, bien connu pour attirer particulièrement l'attention du politique à Trappes. Nous y trouvons là aussi des populations extrêmement défavorisées

Les épidémiologistes nous ont bien montré que l'accès au dépistage du cancer du sein suit un gradient social en forme de cloche. Cela signifie que les classes les plus défavorisées participent moins, puis que cette participation augmente à mesure que l'on progresse sur l'échelle sociale. Enfin, les classes les plus aisées ne participent pas au dépistage organisé par la puissance publique, mais se dirigent davantage vers la sphère privée. Malgré tout, retenons que la participation au dépistage progresse avec les conditions sociales.

Cette carte prend alors tout son intérêt en questionnant ce savoir. Pourquoi, à profil social égal, les habitantes des Merisiers participent-ils beaucoup plus que ceux de Jean-Macé ? Nous constatons que la question ne se réduit pas au seul profil social. D'autres éléments du contexte doivent jouer.

Croisons ces données avec une autre dimension. Vous avez peut-être déjà traversé Trappes en empruntant la Nationale 10 pour vous diriger vers Orléans. Il s'agit d'une grande banlieue ouvrière qui s'est développée après la Seconde Guerre mondiale autour de la SNCF et l'activité des cheminots. Vous vous apercevez sur la carte que le quartier Jean-Macé se trouve séparé de la ville par une ligne ferroviaire et la Nationale 10, et est entouré par des zones d'activités et un grand bois.

Ce quartier est donc physiquement enclavé par rapport au reste de la ville. Pour aller de Jean-Macé au centre-ville de Trappes, vous devez passer par un pont généralement très encombré par la circulation, notamment la circulation de nombreux camions, ou bien par un petit tunnel aux odeurs peu ragoûtantes. Les profils des habitants en situation de paupérisation et la configuration de fragmentation spatiale participent ensemble de l'enclavement.

Ensuite, si l'on se penche sur l'offre de soins, nous ne comptons qu'une seule pharmacie au sein du quartier Jean-Macé. Toutes les autres offres de soins, qu'il s'agisse des cabinets médicaux libéraux ou des structures d'organisation de la prévention telles que l'institut de promotion de la santé, se trouvent de l'autre côté de la ville. Nous retrouvons donc une forme de retrait et d'isolement vis-à-vis de cette offre. J'aurais pu ajouter à ce corpus la carte des actions de prévention menées lors de l'opération « Octobre rose ».

Ces campagnes se déroulent principalement dans la partie la plus centrale de la ville et aux Merisiers. Ce fait s'explique par la présence d'un atelier santé-ville, qui s'occupe de développer des actions d'informations dans les quartiers prioritaires. Or les personnes qui gèrent cet atelier éprouvent des difficultés à pénétrer le quartier Jean-Macé du fait d'une certaine atonie. La vitalité associative demeure faible dans ce quartier peu structuré. Aux Merisiers, en revanche, se trouvent de grands bailleurs sociaux et un véritable soutien est apporté à la vie associative. Le quartier des Merisiers attire particulièrement l'attention du politique, notamment depuis les derniers attentats. Les acteurs parviennent ainsi davantage à le pénétrer que Jean-Macé où les relais et les interlocuteurs manquent pour attirer l'attention de la population. Cet exemple illustre ainsi une série d'enclavements multiformes qui se combinent localement pour expliquer le constat de départ. Nous pourrions effectuer la même démarche à propos des soins de santé bucco-dentaire et d'accès aux soins pour les caries.

Ce cas particulier conduit à s'interroger sur la construction du territoire. La manière dont la ville s'est agencée dans le temps long explique la situation actuelle. Un lien unit bel et bien la construction territoriale et l'état des conditions de santé.

Il m'avait été demandé de proposer un cadre pour définir cette notion de territoire. Ainsi, le territoire représente, certes, dans un premier temps, un découpage politico-administratif utile pour cibler l'aire de compétence d'un service ou d'une institution. Il est aussi l'espace de la fabrique de la morphologie urbaine et sociale d'un lieu donné. Enfin, il comprend également l'appropriation de ces lieux et désigne l'instance de l'incorporation du social dans la vie quotidienne. L'effet de lieux infuse et construit à la fois nos identités et les liens sociaux. Je rappelle que l'identité n'est pas une donnée figée, mais une manière de se positionner dans un ensemble de liens sociaux. Il faut ainsi comprendre le territoire comme une construction résultant de processus de façonnement par tous les acteurs sans exception. Il s'agit d'un processus dynamique politique au sens premier de ce terme. Si vous admettez, après cet exposé, que les faits de santé ont partie liée avec la construction territoriale, vous comprenez que ces mêmes faits de



santé ne sont pas sans rapport avec le pouvoir et son exercice. Ainsi, l'acte de soigner les caries d'un enfant dans son cabinet n'est pas un fait isolé, mais s'inscrit dans l'ensemble d'un processus, selon le paradigme que je vous propose. Saisir cette dimension permet d'ailleurs de donner du sens à son activité professionnelle. Travailler sur les inégalités de santé, bucco-dentaires ou autres revient à travailler sur le processus démocratique et, par conséquent, à s'inscrire dans une question de débat public. Les praticiens de santé ancrent leur pratique dans la démocratie. Ils peuvent par conséquent prendre la parole et enrichir le débat.

Pour cela, les informations à partager sont indispensables, mais aussi une disposition de caractère propre à faire valoir fortement ses arguments. Nous ne sommes pas tous égaux devant la possibilité de s'exprimer, car nous ne sommes pas des lobbys. Se pose également dans ce cadre, je le disais, la question des informations. Qui possède les données ? Qui les produit ? Pour qui ? Qui peut y accéder et en disposer ? Qui peut les traiter, dans quel but et dans quel paradigme ? Dans celui que je viens d'exposer ou bien dans un autre ? Les règles du débat démocratique commandent de ne pas imposer son paradigme, mais aussi d'explicitier son cadre d'argumentation. Il s'agit de faire savoir d'où l'on parle et les objectifs poursuivis.

Je termine donc en soulignant la nécessité d'outils d'observation. La ville de Nanterre dispose ainsi depuis longtemps d'un programme consacré à la santé bucco-dentaire des enfants dans les écoles. Ce premier observatoire local de la santé permet de suivre l'état de santé de ces enfants

Si vous admettez, après cet exposé, que les faits de santé ont partie liée avec la construction territoriale, vous comprenez que ces mêmes faits de santé ne sont pas sans rapport avec le pouvoir et son exercice. Ainsi, l'acte de soigner les caries d'un enfant dans son cabinet n'est pas un fait isolé, mais s'inscrit dans l'ensemble d'un processus, selon le paradigme que je vous propose. Saisir cette dimension permet d'ailleurs de donner du sens à son activité professionnelle.

Travailler sur les inégalités de santé, bucco-dentaires ou autres revient à travailler sur le processus démocratique et, par conséquent, à s'inscrire dans

une question de débat public. Les praticiens de santé ancrent leur pratique dans la démocratie. Ils peuvent par conséquent prendre la parole et enrichir le débat.

Pour cela, les informations à partager sont indispensables, mais aussi une disposition de caractère propre à faire valoir fortement ses arguments. Nous ne sommes pas tous égaux devant la possibilité de s'exprimer, car nous ne sommes pas des lobbys. Se pose également dans ce cadre, je le disais, la question des informations. Qui possède les données ? Qui les produit ? Pour qui ? Qui peut y accéder et en disposer ? Qui peut les traiter, dans quel but et dans quel paradigme ? Dans celui que je viens d'exposer ou bien dans un autre ? Les règles du débat démocratique commandent de ne pas imposer son paradigme, mais aussi d'explicitier son cadre d'argumentation. Il s'agit de faire savoir d'où l'on parle et les objectifs poursuivis.

Je termine donc en soulignant la nécessité d'outils d'observation. La ville de Nanterre dispose ainsi depuis longtemps d'un programme consacré à la santé bucco-dentaire des enfants dans les écoles. Ce premier observatoire local de la santé permet de suivre l'état de santé de ces enfants.



DEBAT

Corinne TARDIEU

Vous avez bien posé le problème. Une première remarque me vient à l'esprit : dans un cas comme celui que vous venez d'exposer s'agissant de Trappes, faut-il détourner la voie de chemin de fer ou bien installer des professionnels au sein du quartier enclavé ? Une des diapositives projetées préconisait de mener une concertation auprès des populations. Préféreraient-elles un désenclavement géographique ? Cependant peut-être regretteraient-elles alors la destruction de leur habitat ? D'un autre côté, comment imposer à des professionnels de santé de s'installer dans un endroit qu'ils ont jusqu'alors délaissé ? L'offre de soin s'améliorerait alors, mais le professionnel isolé dans ce quartier sera-t-il en mesure de réaliser sa mission ? Comment concilier les demandes des soignants et des soignés ?

Zoé VAILLANT

Je n'ai bien sûr pas de réponse à cette question.

Corinne TARDIEU

Cela fait partie des nombreuses questions que nous nous posons, mais que nous ne parvenons pas à résoudre collectivement.

Fabien COHEN

Nous allons ajouter à ta question d'autres interrogations émanant de personnes dans la salle. J'excuse au passage Françoise Eynaud qui ne peut être parmi nous pour des raisons de santé. Certains d'entre vous travaillent sur ces questions d'inégalités, dans vos villes et également dans vos pays, puisque nous avons le plaisir d'accueillir des confrères et amis d'Abidjan. N'hésitez pas à vous manifester et à nous faire part de votre expérience.

Une participante

J'adresse ma question aux deux géographes présents. Zoé Vaillant a démontré que l'analyse la plus fine, quartier par quartier, revêtait une grande pertinence pour la question des accès aux soins. Or l'air du temps favorise la mise en place de vastes métropoles, qui iront un jour peut-être de Paris à Rouen. Les hommes politiques locaux, les maires au premier chef, risquent d'y perdre leurs

pouvoirs de décision. Quel regard portez-vous sur ce processus et quel impact peut-il avoir pour les citoyens dépourvus que nous sommes ?

Emmanuel VIGNERON

J'observe ce processus avec inquiétude. La formation de grands ensembles métropolitains est un phénomène nouveau dans l'histoire de France, et plus généralement dans l'histoire mondiale. Nous nous trouvons devant un paradoxe. A l'heure où la planète souffre de processus très rapides de dégradation, nous continuons de favoriser des organismes qui contribuent le plus à cette dégradation. A qui profite le crime ? Telle est la question que nous devons nous poser.

Or il est aisé de constater que la constitution de métropoles profite à la volonté d'accumulation du capital. C'est là le principe même du capitalisme. Nous pouvons peut-être influencer sur le cours des choses à travers de microrévolutions. Si nous laissons courir le processus, les forces de l'argent sont assez puissantes pour conduire inéluctablement à la constitution de ces immenses ensembles pensés d'abord et avant tout comme des espaces de consommation et de production. Les facilités de transport et la possibilité d'y réaliser des économies permettent au capital d'y maximiser ses gains.

L'avantage des économies d'échelle, régulièrement évoqué, représente également un rideau de fumée. J'y vois une invention libérale qui masque la réalité que nous lisons chaque jour dans les journaux. La très grande richesse, au niveau mondial, tend à se concentrer. Que faire pour lutter contre ce phénomène ?

L'écllosion de solutions locales peut favoriser un effet d'entraînement. La situation du quartier Jean-Macé, dont Zoé Vaillant a excellemment parlé, concerne toute la ville de Trappes et au-delà. Elle touche toutes les personnes attentives à ces questions, même celles qui n'y habitent pas. La solution nous appartient, dans nos pratiques quotidiennes. Il s'agit de donner davantage la parole aux acteurs, de créer davantage de démocratie. Nous avons tout à y gagner.

Nous savons très bien pourquoi la démocratie sanitaire n'est le plus souvent qu'un gadget que l'on agite « pour faire joli ». En vérité, cette démocratie gêne les processus d'accumulation du capital,



appelons les choses par leurs noms. Le domaine de la santé génère beaucoup d'argent. Depuis deux siècles, nous avons réussi à soustraire cet argent au marché, qui a sans cesse tenté en retour de pénétrer le système de santé. Il l'a fait notamment par le biais des médicaments, qui nécessitaient des processus industriels.

Il importe donc de résister, comme je l'ai affirmé à la fin de mon intervention. Nous sommes des citoyens responsables, qui pouvons contribuer grâce à nos intelligences à la critique de ces superstructures et à des propositions d'amélioration au niveau de la loi. L'exigence pratiquée au quotidien, autour de soi, est également très importante. Je dresse un parallèle avec la lutte antiraciste. S'interposer face à un acte raciste, dans un transport ou chez un commerçant, c'est mettre en œuvre les grands principes. Dans les deux cas, il s'agit d'adopter une simple attitude de citoyen.

Une participante

J'ai deux questions à vous poser. Premièrement, intégrez-vous dans votre réflexion de géographes le paramètre de la santé environnementale ? Je pense plus particulièrement à la situation du nord de la France. Deuxièmement, ne pensez-vous pas qu'un risque existe d'hyper-responsabilisation de la personne si l'on écarte cette question de la santé environnementale ?

Fabien COHEN

J'en profite pour ajouter une autre question dans l'air du temps. Jusqu'à maintenant, la règle demeurait de ne pas imposer ou réglementer l'implantation des praticiens. Or nous parlons beaucoup de la désertification médicale. Au regard de la géographie de la santé, des études menées, et de la démocratie, réguler en incitant fortement les praticiens à s'installer dans les endroits qui pâtissent des inégalités peut-il constituer une solution ?

Zoé VAILLANT

Sur ce problème de l'imposition de certaines pratiques, voire de la répression des professionnels libéraux, je suis peut-être naïve, mais j'estime que le travail doit être fait en amont, lors de la formation des jeunes médecins, sur leurs représentations des divers quartiers des villes. Beaucoup de craintes sont fantasmées. Plutôt que d'ordonner,

telle une sanction, une installation dans un quartier jugé difficile, il me paraît nécessaire de changer la pratique. Certes, le médecin dispose de son cabinet où il tient un colloque singulier avec son patient. Néanmoins, le jeune dentiste doit savoir qu'exercer dans le XVI^e arrondissement de Paris ou à Jean-Macé, c'est toujours travailler avec d'autres personnes qui participent à la vie du quartier. Par conséquent, le praticien ne doit pas être isolé.

Je ne nie pas les difficultés, mais je tiens à rappeler l'importance du travail collectif, notamment avec des acteurs du quartier. Un médecin qui connaît les habitants du quartier et leurs enfants apprécie différemment ces difficultés. Nul besoin par conséquent de légiférer sur l'installation.

J'ignore ce qu'il en est actuellement, mais sous la présidence de Nicolas Sarkozy, les médecins libéraux représentaient près de 60 % des députés, soit un véritable lobby. Le rapport de force politique pèse sur cette question de l'installation. Il est d'ailleurs abusif de les qualifier de « libéraux », étant donné que la solvabilité des patients est assurée par un dispositif public d'argent collectif. Au nom de quoi, en ce cas, ces praticiens diffèrent-ils des professeurs de l'Education nationale qui apprennent à lire, écrire et compter aux enfants ?

Pour en venir à la question de l'hyper-responsabilité de la personne, plus nous adoptons une approche technique de la santé publique, faite de schémas inspirés des normes dominantes, plus nous nous dirigeons vers une appréciation individuelle de la santé et de la liberté. Cela revient à dire : « Ne t'étonne pas d'être en surpoids, on t'avait dit de ne pas manger de chocolat ! Tu es responsable de ta situation. » Tel est le ressort de la santé néolibérale.

Ainsi, je ne différencie pas santé environnementale et processus territorial. La pollution, qu'elle soit atmosphérique, sonore ou autre, participe de la construction des territoires et de l'exposition à un environnement dégradé. Sa prise en compte trouve sa place parmi la prise en compte des problèmes d'installation de médecins ou de construction des quartiers. Pour sortir du rapport individuel à notre propre santé, pensant que nous sommes responsables et libres de tout, il me paraît important de replacer les questions de santé dans les processus politiques.



Emmanuel VIGNERON

Malgré l'amitié que je porte à Fabien, je ne souhaite pas ouvrir une discussion sur la liberté d'installation. Le problème pose un grand nombre de complications, et les raisons exprimées en faveur de la liberté d'installation ne sont pas vaines.

Deux commissions de l'Académie nationale de médecine siègent à propos de la médecine libérale et de la médecine hospitalière. Il faut entendre les arguments en faveur de la liberté d'installation vue comme un gage de qualité. La médecine est soumise à une telle exigence que nous pouvons comprendre la demande de liberté dans son exercice, qui reste un art.

Par ailleurs, je n'aime pas que l'on attente à la liberté, par principe. Ainsi, pourquoi réduire cette liberté si d'autres voies se présentent à nous ? Zoé l'a dit, il nous faut inlassablement continuer à soulager l'angoisse des jeunes, et lever leurs idées reçues sur certains quartiers. Nous voyons de plus en plus de jeunes médecins, sortant de l'université, attirés par un nouveau cadre de vie. Un certain nombre de jeunes cherchent à renouer avec le monde rural

Vous le constatez, ce sujet en appelle d'autres et mériterait une véritable réflexion.

Depuis 1929 et la création de la CSMF, les centres de santé ont beaucoup souffert, notamment au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. La participation des médecins libéraux aux conventions de la Sécurité sociale a été achetée en étouffant ces centres de santé, selon un mécanisme donnant-donnant. Certains médecins libéraux ne supportent pas l'existence d'une médecine publique de centres de santé. Vous n'imaginez pas les propos que nous entendons. Nous croyons parfois être revenus en 1930 lorsque nous lisons la revue de la CSMF, quand celle-ci évoque la médecine publique. Je n'évoque bien évidemment pas ici la médecine hospitalière. Tous ces gens sont PU, et se gardent donc bien de la critiquer.

J'aborderai la question de la santé environnementale. Pourquoi sommes-nous si mauvais en France sur ce sujet ? Tous prétendent l'ignorer. Pourtant, il suffit de chercher pour trouver des informations. Vous parliez du Nord ; j'évoquerai quant à moi le cas de Fos-sur-Mer.

L'étang de Berre est un Tchernobyl français. J'ai mis en place là-bas, avec Françoise Eynaud, adjointe au maire de Martigues et médecin elle-même, le contrat local de santé. Avant cela, Jean-Louis San Marco, grand professeur de santé publique à Marseille, a œuvré pour alerter sur les risques de cancers et d'asthme inhérents à cette industrie.

Dans le Nord, les problématiques sont également industrielles, comme dans la French Vallée, chez Ferodo, dans l'Ain ou dans la région Lyonnaise. Je pense également au scandale étouffé du soufre à Lacq.

Pourquoi personne n'en parle-t-il ? Pour les raisons que j'ai déjà évoquées. Je ne suis pas révolutionnaire. Mais je le deviens, non pas par idéologie, mais pour des raisons morales et logiques. Vous savez, les personnes communistes sont toujours accusées de faire de l'idéologie. Or, c'est l'inverse qui se produit. Maurice Genevoix doit entrer prochainement au Panthéon. J'aurais aimé voir Henri Barbusse entrer avec lui. Or Henri Barbusse affirmait dans les années 1920 : « On devient communiste par obligation ». Depuis, la situation n'a pas changé.

Personne ne parle de santé environnementale à cause des monumentales histoires d'argent qu'elle recouvre. Il faut dire les choses telles qu'elles sont. J'entends parfois affirmer que les chercheurs de l'INSERM sont libres de leurs conclusions. En réalité, il n'est rien : ils dépendent des budgets votés au Parlement.

André Cicoella s'est beaucoup intéressé à ces questions. J'ai d'ailleurs réalisé un film avec lui et Eric Guéret, il y a deux ans pour France 2. Il s'intitulait La France en face. Je vous conseille ce très beau film. Je ne dis pas cela pour moi, je n'étais que le conseiller scientifique du film. Nous y abordions la santé environnementale, en nous rendant sur le terrain, dans le Bordelais ou à l'étang de Berre. Malheureusement, les géographes sont extrêmement démunis à ce sujet et nous aimerions disposer de davantage d'informations.

De la même manière, les inégalités sociales de santé ont été étudiées en France par de grands noms. Entre 1945 et 1955, à l'époque où l'INSEE jouissait d'une réelle liberté, Guy Desplanques, grand chercheur, a le premier pointé les inégalités





Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Je remercie toutes les personnes qui ont bien voulu répondre à cette invitation. Nous avons essayé de tenir une répartition la plus exhaustive possible des acteurs de santé publique dentaire qui poseront des interrogations et des réflexions sur l'amélioration de cette offre de santé dentaire territoriale.

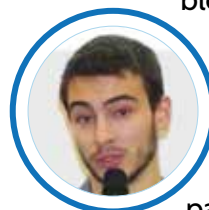
Dr Martine DAME est chirurgien-dentiste et Présidente du Syndicat des chirurgiens-dentistes de centres de santé (SNCDSCS). Je remercie le Pr Stéphanie TUBERT-JEANNIN, doyen de la faculté d'odontologie de l'université de Clermont-Ferrand et professeur de santé publique dentaire. Je remercie également Maxime BOITEAU, vice-président de l'Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire et le Dr Thierry SOULIE, nouveau Président de Chirurgien-Dentiste de France. Je remercie également le Dr Nathalie FERRAND qui est Présidente des femmes Chirurgiens-dentistes ainsi qu'au Dr Nicolas GIRAUDEAU, maître de conférences des universités et praticiens hospitaliers à l'Université de Montpellier qui possède des compétences particulières sur la télémédecine.

J'aimerais simplement émettre une réflexion personnelle pour introduire la table ronde par rapport aux présentations de ce matin. Je rebondis à la proposition de Zoé VAILLANT et donne un point positif à Corinne qui est plutôt déprimée par ces constats désastreux sur l'augmentation des inégalités sociales et la mauvaise répartition territoriale. J'aimerais simplement rebondir sur la démocratie. Nous sommes plusieurs universitaires et c'est à nous de prendre la balle au bond. En effet, il existe énormément d'appels à projets, tout n'est donc pas négatif. La participation aux constructions des projets de recherche avec les usagers et avec les patients que nous devons soigner constitue une façon de répondre à la question et à cette exigence indispensable de démocratie et de co-construction des projets de santé. Il s'agit vraiment de travailler ensemble.

En outre, l'assistance publique Hôpitaux de Paris – qui est tout de même un grand modèle de concentration hospitalière – a ouvert des chairs d'usagers, d'université des patients. Je crois que tous les acteurs de santé et tous les universitaires

qui répondent à des appels à projets, doivent intégrer une co-construction des actions de recherche, car il n'y a que de cette manière que les usagers nous écouteront par rapport à des projets mis en œuvre pour leur bénéfice. Je souhaitais simplement souligner ce point.

Je remercie Monsieur BOITEAU pour sa présence. D'après vous, comment la formation des étudiants pourrait-elle répondre aux problèmes territoriaux d'offre de soins dentaires ?



Maxime BOITEAU

Notre constat indique que les zones sous-dotées ne semblent pas attirantes. Les points majeurs consistent donc à montrer que ce n'est pas si terrible et qu'il peut être intéressant de s'y rendre en multipliant les antennes délocalisées et en faisant découvrir la patientèle du territoire pendant les formations, en favorisant le stage actif dans ces zones. En parallèle, il est impératif de renforcer les notions de territoire pendant les études en axant les cours de santé publique sur l'offre de soins et les besoins.

Bien évidemment, le CESP (Contrat d'engagement de service public) continue de produire son effet. Il s'agit surtout de se servir des outils, comme le service sanitaire, pour faire découvrir toutes ces zones.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Pouvez-vous définir ce qu'est le CESP ?

Maxime BOITEAU

Le CESP est une aide de l'Etat qu'il est possible de recevoir pendant ses études pour un minimum de deux ans jusqu'à cinq ans à hauteur d'environ 1 200 euros bruts par mois. En échange, pendant ce temps d'engagement, le futur chirurgien-dentiste s'engage à travailler dans une zone sous-dotée.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Lorsque nous parlons de zones sous-dotées, il ne s'agit pas forcément de zones rurales, mais effectivement dans des zones périurbaines. Stéphanie TUBERT-JEANNIN, pouvez-vous apporter des précisions sur la formation des étudiants et la formation nationale ou régionale aux besoins de santé ?



RÉPONSES AUX BESOINS BUCCO-DENTAIRE DANS LES TERRITOIRES



Pr Stéphanie TUBERT-JEANNIN

J'aimerais évoquer tout d'abord notre positionnement au niveau international. Les grandes agences comme l'Organisation mondiale de la santé ou l'UNESCO travaillent sur des objectifs de développement durable. Dans ce cadre, ils positionnent la formation des professionnels de santé comme des moyens d'action pour favoriser le fait d'avoir sur les territoires le bon nombre de professionnels au bon endroit avec les bonnes compétences. Au travers de ces documents, nous retrouvons un certain nombre de recommandations qui correspondent aux tendances observées au niveau national.

J'aimerais reprendre les différents axes et leviers qui sont utilisés actuellement. Tout d'abord, le premier levier concerne la répartition des sites de formation sur le territoire. En France, il existe 16 UFR d'odontologie et deux régions qui n'en possèdent pas que sont la Région Centre et la Région Bourgogne-Franche Comté. Or en parallèle, nous comptons 40 PACES, facultés de médecine, au sein desquelles les étudiants effectueront leur première année de santé. Ainsi, tout un flux de répartition des étudiants sur le territoire national doit être pensé afin qu'il corresponde à un maillage territorial le plus efficace possible. La Conférence des doyens travaille sur une proposition de re-répartition de ce flux d'étudiants qui était plus liée à des aspects historiques qu'à une réflexion territoriale.

Par exemple, pour Clermont-Ferrand, la tendance consistera à renforcer nos liens avec Dijon et Tours qui sont des voisins de la diagonale du vide pour lesquels le lien avec ces UFM sera renforcé. Au regard de la cartographie des lieux d'installation des étudiants, nous réalisons qu'ils ont tendance à s'installer de façon concentrique autour de leur site de formation. Les sites de formation et les sites dans lesquels ils réalisent leurs stages

délocalisés ont donc une grande importance, car ils joueront un rôle majeur dans leur zone d'installation.

Le deuxième levier dont il est question consiste à augmenter la capacité de formation. Il semblerait – je ne sais pas si j'adhère à cette idée ou pas – que la France ait une sous-capacité de formation en odontologie qui serait visible par une densité de chirurgiens-dentistes de 62 dentistes pour 100 000 habitants, ce qui correspond plutôt à la tranche basse en Europe ainsi que par le flux important d'étudiants formés dans d'autres pays de l'Union européenne.

Tout ceci doit être mis en lien avec la suppression du Numerus Clausus et la suppression de la PACES ce qui, en l'absence d'une restructuration majeure, n'impactera pas de façon massive le nombre d'étudiants formés. Dans le cas de Clermont, les capacités de formation sont saturées, à l'instar de nombreuse UFR d'odontologie. Il est donc nécessaire d'aller plus loin pour être en capacité de former des étudiants supplémentaires. Les marges de manœuvre résident dans le développement des structures délocalisées et le développement des stages actifs afin d'augmenter le nombre de terrains de stages et de gérer le flux d'étudiants en clinique de façon plus facile.

Le troisième volet concerne la formation elle-même et la qualité de la formation pour laquelle je vous invite à consulter le profil de compétences du chirurgien-dentiste européen qui a été édité par l'ADE (Association for Dental Education in Europe). Ce profil de compétence est réparti en quatre domaines : la pratique sûre et efficace, l'approche centrée sur le patient, la professionnalisation et la dentistry and society qui correspond à ce dont nous parlons aujourd'hui. Dans les facultés de chirurgie dentaire, on ne se focalise pas que sur l'acquisition des compétences techniques, mais également sur l'acquisition de compétences plus transversales autour de la professionnalisation ou du rôle du dentiste dans la société. Le service sanitaire peut en effet être un outil en ce sens.

Les UFR d'odontologie sont souvent bien implantées dans leurs territoires et collaborent avec les partenaires professionnels, les structures médico-sociales qui auront des liens avec des EPHAD,



des établissements pour personnes handicapées et avec le milieu scolaire afin d'adapter la formation des chirurgiens-dentistes aux besoins locaux. Nous formons des chirurgiens-dentistes qui peuvent s'installer dans tout le territoire, mais qui resteront souvent dans le même secteur. Il est donc important qu'ils aient perçu quels étaient les besoins du tissu local des secteurs environnant de la faculté de chirurgiens dentaires.

Un autre volet me semble également important, à savoir le stage actif en sixième année de deux mois à temps complet dans un cabinet dentaire. Le terme actif signifie qu'ils peuvent réaliser des soins, ce qui constitue un premier tremplin pour la découverte des territoires sous-dotés.

A Clermont-Ferrand, depuis très longtemps, il est demandé d'effectuer ce stage actif à temps plein, car il permet aux étudiants de s'éloigner de leur site de formation et de se rendre dans les territoires sous-dotés. Nous avons signé une convention de partenariat avec l'Agence régionale de Santé qui financera les stages en zones sous-dotées. En Bourgogne-Franche Comté, les URPS soutiendront également la réalisation des stages dans ces zones.

Nous pourrons bientôt observer les premiers effets des contrats d'engagement de service public, car les premiers contrats ont été signés en 2014. Néanmoins, les premiers indices montrent que les étudiants sortant ont des difficultés à remplir leur contrat, car les zones sous-dotées ne disposent pas des structures pour les accueillir. Un accompagnement est donc nécessaire. Il ne suffit pas que les étudiants signent un contrat d'engagement de service public, il faut aussi les accompagner tout au long de leur cursus et au moment de leur entrée dans la vie professionnelle afin qu'ils puissent véritablement trouver des structures dans les zones sous-dotées. La collaboration avec la profession est donc extrêmement importante. Par conséquent, de nombreuses solutions existent.

Enfin, le dernier volet est en cours de discussion et est en rapport avec la suppression de la PACES, à savoir l'idée de revoir les modalités d'entrée dans les professions de santé avec un objectif du gouvernement qui correspond aux recommandations de l'OMS sur la diversification des profils

des professionnels de santé. Il est nécessaire d'instaurer de la diversité dans les recrutements en termes de parité et d'origine sociale et géographique des étudiants. Si nous recrutons uniquement des étudiants issus du 16ème arrondissement, la probabilité qu'ils exercent à la Courneuve est extrêmement faible. Par la diversification du profil, nous augmentons les chances de répartition équitables sur les territoires.

Par ailleurs, la diversification des profils par rapport aux études antérieures est importante avec une recherche d'étudiants qui ont travaillé dans le domaine des sciences humaines et sociales. Cette réflexion sera menée dans le cadre de la R1C, c'est-à-dire la réforme des premiers cycles des études de santé. Les conseillers du Ministère nous ont fait part de la volonté du gouvernement de se diriger vers des dispositifs qui favorisent cette diversité.

Le dernier aspect en cours est la réforme du troisième cycle des études d'odontologie. La question porte sur le fait de savoir s'il faut créer des spécialités supplémentaires. Actuellement, il en existe trois : chirurgie orale, orthopédie dento-faciale et médecine bucco-dentaire. Un projet d'ouverture à d'autres spécialités qui existent en Europe est en cours comme la parodontologie, l'endodontie, l'odontologie pédiatrique et la santé publique. Toutefois, cela pose de nombreuses questions sur le financement et la viabilité pour les professionnels. De même, combien d'omnipraticiens sont-ils nécessaires dans les territoires et combien de spécialistes ? Comment sont-ils répartis ?

La réforme du troisième cycle n'est donc peut-être pas le premier élément de l'aménagement du territoire. Néanmoins, il y a nécessité de la prendre en compte, notamment sur l'orthopédie dento-faciale puisqu'environ 50 % des adolescents bénéficient d'un traitement orthodontique. La question de l'accès à un orthodontiste dans les zones sous-dotées se pose de façon importante. A Clermont et dans les départements qui nous entourent tels que la Lozère et la Creuse, l'accès aux soins n'est pas toujours facile.

Je souhaitais réaliser un panorama de tous les champs possibles d'évolution au niveau national qui correspondent à une dynamique internationale



pensée au plus haut niveau par les organismes liés aux Nations unies.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Je vous remercie. De nombreuses réformes à marche forcée ont lieu depuis quelque temps. Dr SOULIE, quel est le point de vue de la profession sur ces questions de formation, de répartition territoriale et sur les solutions alternatives ?



Dr Thierry SOULIE

Je reprends les propos précédents. Nous sommes favorables à tout ce qui vient d'être développé. J'ai entendu également que la régulation ne pouvait pas se faire uniquement par l'autorégulation. C'est un ensemble de mesures qui permettront non pas de résoudre, mais d'améliorer le système.

Tout d'abord, il est nécessaire de revoir la cartographie sur le terrain, car le dernier zonage date de 2011 alors que cela évolue d'année en année.

Je suis le représentant de l'exercice libéral qui rassemble encore 88 % des praticiens dans notre secteur. Nous ne pouvons donc pas faire fi de ce qui vient de se passer. Nous avons signé une convention qui inscrivait la démographie professionnelle avec une incitation à se rendre dans les zones extrêmement sous-dotées. Toutefois, un groupe de travail travaille sur la régulation des zones sur-dotées. Force est de constater qu'il existe des zones comportant pléthores de praticiens et qu'il serait judicieux de réguler la situation. La négociation conventionnelle permettra de réorganiser en partie la régulation.

Par ailleurs, il est difficile de parler d'argent, mais ceci est indispensable. Nous avons signé dans cette convention un rééquilibrage de l'activité. Ce rééquilibrage, qui est fortement critiqué dans le secteur libéral, est pourtant quelque chose qui ira dans le sens de la redistribution afin que certains endroits deviennent plus attractifs. Lorsque les tarifs sont trop bas, ce n'est pas incitatif pour un praticien ne serait-ce que pour équilibrer son cabinet. Je sais que ce discours n'est pas toujours facile à tenir, mais il est indispensable. Se dédouaner de l'économie ne permettra pas de régler le problème. Il faut donc laisser la chance au produit. L'investissement des pouvoirs publics

est relativement conséquent, de même que l'effort de la profession. En accord avec les centres de santé, le traitement de l'accès aux soins et aux domaines de santé publique se doit d'être vu dans le cadre d'un concept global. Vous avez également parlé de démocratie qui est un élément fondamental pour nous.

Il est vrai que nous avons vécu avec un système qu'il faut réformer. Depuis un moment, j'affirme que nous sommes régis par l'assurance maladie. Nous avons en effet tous travaillé sur le soin et constatons les limites. Il est donc bien désormais de parler de santé, car dans le cadre de notre convention, nous abordons ce problème de santé avec plus de prévention afin d'amener les patients dans les cabinets. L'assurance maladie n'est pas une assurance santé, c'est pourquoi la prévention peine à se mettre en place. Un assureur couvre en effet un risque. Or il couvre la maladie, mais la santé n'est pas un risque en soi. Le problème de sémantique doit donc être revu afin de modifier notre comportement. Le virage pris par « Ma Santé 2022 » comporte probablement des aspects que nous ne comprenons pas toujours, mais il est évident que nous devons nous inscrire dans un plan de santé publique en lien avec la démographie et tous les autres éléments cités précédemment.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Je vous remercie. Cela nous ouvre des voies sur la place de la profession dans des politiques de santé beaucoup plus globales. Dr Nathalie FERRAND, la délégation de tâches est-elle une solution pour réduire la fracture démographique ?



Dr Nathalie FERRAND

Je souhaitais tout d'abord préciser que je ne suis pas la Présidente de la Confédération nationale des syndicats dentaires, qui est en réalité Nathalie DELPHIN.

Par ailleurs, le syndicat des femmes chirurgiens-dentistes comporte des syndiqués en exercice libéral, en exercice salarié, des professeurs de faculté et d'autres modes. Nous ne défendons donc pas une position catégorielle pour défendre un mode d'exercice.

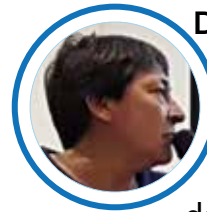
Concernant la question posée, tout dépend de l'objectif fixé. Nous voyons se dessiner un glissement de la profession médicale vers une profession commerciale. Nos cabinets dentaires deviendront-ils des entreprises ? L'objectif ne sera alors plus de soigner les patients, mais de devenir une entreprise avec pour conséquences de soigner les patients en effectuant un tri sur les patients et sur les actes. Pour la délégation de tâches, la situation est identique. Dans quel objectif nous situons-nous ? Poursuivons-nous toujours l'objectif de soigner ou d'être une entreprise ? La délégation de tâches est-elle de déléguer des actes peu rémunérés pour pouvoir continuer à dispenser des actes rémunérés davantage ou nous inscrivons-nous dans un objectif de santé publique ?

Pour le syndicat des femmes chirurgiens-dentistes, c'est très clair. Notre métier consiste à soigner les gens et non à devenir une entreprise. Il est beaucoup question de l'assistante dentaire de niveau II. Force est de constater que de nombreux éléments sont repris dans le nouveau référentiel des assistants dentaires. En revanche, nous observons des tâches relevant de l'exercice illégal de la chirurgie dentaire. Par rapport à notre délégation de tâches, le métier d'assistante dentaire consiste à assister le chirurgien-dentiste et non à réaliser des tâches à la place de ce dernier. S'il est question de délégation de tâches, il s'agit alors d'une autre profession qui pourrait correspondre aux infirmières de pratique avancée, mais qui relèvent d'un autre niveau d'étude et d'entrée dans les études. Pour le moment, le niveau d'entrée en formation des assistantes dentaires est le brevet. Comment imaginer une délégation de tâches à des assistants dentaires qui entrent avec ce niveau ? Ce n'est pas possible.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

La question était piège et peu précise. La délégation de tâches est en effet un nouveau métier. Il faudrait peut-être envisager dans le cadre d'un plan de santé publique dentaire plus ambitieux une formation spécifique avec une universitarisation de ces personnes. Dr Martine DAME, vous avez participé à ce référentiel. Dans la ville de Nanterre, vous développez des actions plus globales et pas uniquement des actions de soins.

Comment voyez-vous cette question des formations et des délégations de tâches ?



Dr Martine DAME

En ce qui concerne la ville de Nanterre, la prévention et l'ensemble des actions intra-muros et hors les murs dans la nouvelle définition du métier d'assistante dentaire de niveau I, elles seront autorisées à réaliser des actions de prévention sous la subordination du chirurgien-dentiste, mais hors les murs. Ce cadrage réglementaire du métier a donc été réalisé.

Effectivement, les assistantes dentaires demandent également de pouvoir évoluer. Il y a eu, une réunion s'est tenue avec la profession au cours de laquelle nous avons réfléchi à la possibilité d'avoir recours à des hygiénistes. Tout le monde n'est pas d'accord pour introduire ce niveau de professionnels en France. Comment fait-on évoluer les assistantes dentaires en les formant ? Tout le monde trouvait que le « niveau II » n'était pas élégant, c'est pourquoi j'avais suggéré le terme de pratique avancée. Les assistantes possèdent un master et ont suivi un cursus d'infirmières. Elles ont pratiqué le terrain et ont ensuite appliqué un master universitaire. Par conséquent, les appeler avec la même sémantique sans le même niveau d'étude peut être dérangeant.

Nous serons amenés à faire évoluer nos assistantes dentaires, car nous les avons intégrées au Code de la santé. Désormais, nos professions deviennent de plus en plus techniques. Nous parlerons d'e-santé et serons obligés de rendre les assistantes plus techniques et de continuer à les faire évoluer. Réfléchissons donc tous ensemble d'autant plus qu'elles sont demandeuses. Cela passera par une Licence ou un degré universitaire quelconque.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

La Licence Santé est un exemple.

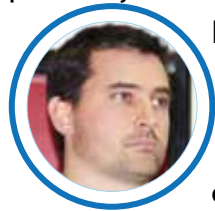
Dr Martine DAME

En effet. Le profil est déjà extrêmement hétérogène.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Merci beaucoup. Une autre alternative pour résoudre ce problème de déserts médicaux et de mauvaise répartition médicale réside dans le

nouvelles formes de pratiques. Je laisse la parole au Docteur Nicolas GIRAUDEAU afin de développer le sujet de l'e-médecine et l'e-odontologie.



Dr Nicolas GIRAUDEAU

La télémédecine est un vaste sujet donc je pourrais parler pendant des jours. Pourquoi le CHU et l'université de Montpellier se sont-ils tournés de façon précurseur sur cette thématique de la télémédecine bucco-dentaire ? Ceci est lié à un travail de recherche qui a été effectué en droit de la santé sur une thèse d'universitaire. En étudiant le décret de télémédecine et le Code de la santé publique, nous pouvions voir les possibilités du chirurgien-dentiste dans la participation au sein d'une activité de télémédecine générale. Nous l'avons appelé télémédecine bucco-dentaire pour donner un terme.

Aujourd'hui, nous avons, nous chirurgiens-dentistes, la possibilité de participer à une activité de télémédecine et de réaliser un certain nombre d'actes à distance qui sont énumérés dans le Code de la santé publique comme un télédiagnostic, un suivi à distance pré et post-thérapeutique, la prescription de médicaments, d'actes, etc. Le droit le permet. Ensuite, la pratique et la réglementation ordinale ou l'avis des professions des différentes tutelles peuvent mettre certaines barrières.

Vous parliez des professions associées. En télémédecine, nous avons besoin d'un professionnel requérant, qui demandera l'expertise de diagnostic à distance et qui est en contact du patient. A Montpellier, et dans beaucoup d'établissements en France, ce sont des infirmières diplômées d'Etat qui ont été identifiées, car elles ont la capacité juridique de participer au recueil d'information nécessaire au professionnel médical pour établir son diagnostic. Elles ont aussi la capacité de réaliser des soins de bouche avec l'application de produits non médicamenteux dans un rôle propre et sous convention ou prescription médicale et en participant à des aides opératoires qui ne sont donc pas définies.

La télémédecine n'a donc pas vocation à remplacer le chirurgien-dentiste, mais est bien un outil de santé publique puisqu'il permet d'améliorer la

spécifiques, notamment les personnes en perte d'autonomie, les personnes dépendantes et en situation de handicap, les personnes détenues. Grâce à la télémédecine, nous pouvons identifier et donner un point de départ à leur parcours de santé orale avec le dépistage, le diagnostic et le repérage. Ensuite, parce que le chirurgien-dentiste, expert, peut avoir accès aux soins nécessaires sur ces personnes peut proposer un parcours de soins adapté en fonction de son état général et de son état bucco-dentaire afin de faire gagner du temps et de l'énergie à ce patient, à l'équipe médicale et au chirurgien-dentiste qui délivrera le soin. Bien évidemment, nous ne pouvons pas traiter le patient à distance même si certains y travaillent.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Merci beaucoup. Je souligne le fait que vos prises de position sont extrêmement intéressantes et innovantes et montrent que le débat est particulièrement apaisé. Il est intéressant de constater que vous soulignez l'importance de décloisonner la profession qui doit s'ouvrir à de nouvelles pratiques, mais également à des nouvelles disciplines qui permettront de rejoindre la myriade des professions de santé qui effectuent cet effort de décloisonnement. Souhaitez-vous apporter des compléments par rapport aux questions abordées ?

Dr Nathalie FERRAND

Qu'en est-il de la responsabilité et de la protection des données en télémédecine ?

Dr Nicolas GIRAUDEAU

La question est relativement simple. En France, nous nous plaignons souvent de la rigueur administrative et juridique. Nous aimons légiférer avant de travailler contrairement aux pays anglo-saxons. L'avantage réside donc dans le fait qu'un décret de télémédecine existe, de même que de nombreux rapports rédigés par les législateurs à ce sujet qui cadrent ce qu'il est possible de faire ou de ne pas faire et ce qu'il se passe en cas de problème.

Bien souvent, on me demande ce qu'il se passe si je ne vois pas le problème par télémédecine ? Mettons-nous hors de la télémédecine et positionnons-nous sur un patient que nous verrions



hors télémedecine. Un matin, il est possible que nous passions à côté de quelque chose. Si dans le cadre d'un bilan, nous avons affirmé qu'il n'y avait pas de carie, mais que le patient a toujours mal et qu'il va voir un confrère sur le palier qui lui dit qu'il y en a une, dans ce cas, vous êtes responsable, car vous n'avez pas vu. La situation est identique avec la télémedecine. Si, avec l'image, vous estimez être en capacité de pouvoir donner un diagnostic à 100 %, vous le rendez. Au contraire, si vous ne voyez pas très bien, car l'image n'a pas été bien prise ou parce que vous voudriez avoir des éléments complémentaires pour poser un diagnostic précis sur une pathologie précise, il faut demander des compléments d'information avant de pouvoir poser un diagnostic.

La gestion des données est encore plus simple, car l'article 1111-8 du Code de la Santé publique prévoit l'organisation et l'utilisation données personnelles à caractère médical. Si je prends les téléphones des chirurgiens-dentistes, je suis sûre de trouver des radios, des photographies. Or vous savez que vous n'avez pas le droit même si vous pensez que l'on ne reconnaît pas le patient. Nous pratiquons tous de la télémedecine de façon illégale, car ceci est pratique et permet d'améliorer de nombreuses choses. La télémedecine fonctionne de la même manière, mais de façon légale. Actuellement, seuls les médecins peuvent bénéficier de la rémunération prévue depuis le 15 septembre. Toutefois, le CHU de Montpellier, par exemple, bénéficie de financements de structures publiques à but non lucratif, principalement des associations de patients qui trouvent des fonds pour rémunérer les actes médicaux réalisés et les vacations des praticiens qui réalisent des actes de télémedecine en attendant que l'assurance maladie puisse les prendre en charge. Je sais que la profession travaille sur le sujet puisque dans la négociation conventionnelle, un groupe de travail sera créé.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Dr SOULIE, vous souhaitiez ajouter quelque chose.

Dr Thierry SOULIE

La télémedecine est inscrite dans la convention. Pour le moment, nous ne sommes pas exclus, mais ce n'est pas valorisé. Nous devons parvenir à

démontrer que notre secteur d'activité peut aussi en bénéficier.

S'agissant des assistantes dentaires, le métier évoluera peu à peu. Des barrières sont donc sur le point de sauter. Par ailleurs, leur profil d'évolution est un élément positif, car les assistantes dentaires étaient relativement bloquées. Je suis d'accord sur le fait que le terme « niveau II » n'est pas élégant. Commençons tout d'abord par procéder étape par étape et de manière pratique. De nombreux cabinets ne sont pas dotés d'assistantes actuellement. Améliorons l'existant et évoluons petit à petit. En outre, certains pays regrettent le corps de métier des hygiénistes. Nous devons donc être vigilants en faisant évoluer ce qui existe.

Par ailleurs, dans le cadre du handicap, un groupe de travail rassemble des experts pour coconstruire avec la profession l'amélioration de l'accès aux soins et à la santé de ces personnes.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Merci beaucoup.

Pr Stéphanie TUBERT-JEANNIN

Au travers de cette discussion, un autre point émerge, que je n'avais pas évoqué tout à l'heure. Il s'agit de la question de l'interprofessionnalité. Dans le cadre des formations de santé, il nous est demandé de faire sauter les barrières et de réduire le fait que nos formations sont en silos avec les dentistes d'un côté et les infirmières de l'autre. Nous sommes de plus en plus encouragés à développer des actions de formation interprofessionnelles pour renforcer le développement de la collaboration interprofessionnelle.

Cette démarche est balbutiante en France alors que ces dispositifs sont déjà extrêmement développés aux États-Unis. Dans le système d'accréditation des facultés de chirurgie dentaire américaines, un des critères concerne le volet de formation interprofessionnelle. La création d'éventuelles licences santé est en cours de discussion. Il s'agit d'une bonne nouvelle, mais sur le terrain ce n'est pas facile, car l'odontologie est tout petit. Ainsi, pour parvenir à trouver sa place, la dynamique est compliquée. Néanmoins, cela en vaut la peine.



Dr Thierry SOULIÉ

J'ai signé il y a deux semaines et il y a quatre semaines un accord-cadre professionnel allant dans le sens de la coopération interprofessionnelle. De même, un accord-cadre professionnel a été signé dans le cadre des maisons pluridisciplinaires afin de démontrer que le monde libéral s'associe à la coordination et à la coopération. Je suis tout à fait d'accord avec vous. S'agissant de la mise en pratique, de l'eau doit encore couler sous les ponts entre le concept et la réalisation.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Malheureusement, peu d'odontologues participent aux maisons de santé pour le moment.

Dr Martine DAME

En ce qui concerne la téléexpertise, j'ai la chance de me rendre une après-midi chez Marisette FOULGET au sein de l'hôpital Louis-Mourier qui mène un projet de cet ordre. Or cela coïncide, car nous ne pouvons pas coter. Des processus réglementaires ministériels ont été réalisés en oubliant encore une fois les dentistes. Je suis donc énermée. L'odontologie est petite dans les facs et se trouve dans un coin au sein du Ministère.

De plus, s'agissant des transversalités et des coopérations, j'ai la chance de travailler dans un centre de santé pluriprofessionnel, ce qui constitue une réelle richesse pour les jeunes praticiens. Nous organisons des staffs communs. Bien que ce ne soit pas simple à mettre en place, je pense qu'il s'agit également de l'avenir.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Je vous remercie. Avant de passer aux questions, Maxime BOITEAU, souhaitez-vous ajouter quelque chose en tant qu'étudiant ? Tout cela vous a-t-il donné envie de continuer ?

Maxime BOITEAU

Je suis relativement content que tout le monde ait les mêmes idées et soit d'accord pour plus d'interprofessionnalité et d'ouverture. Il est bénéfique qu'un travail commun soit initié.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Je remercie tous les membres de la table ronde. Je propose de traiter les questions émanant des différentes tables. La table 3 pose la question suivante : « En crèche, nous observons de plus

en plus d'enfants porteurs de caries sur leurs premières dents. Ce problème touche toutes les classes sociales. Comment faire pour informer les personnes à grande échelle pour éviter les biberons et autour des boissons sucrées ? » Cette question est relativement vaste sur la prévention primaire et l'information. La même question est posée pour les personnes plus âgées.

Pr Stéphanie TUBERT-JEANNIN

Ce sujet est vaste et engendre d'autres questions. Pour agir efficacement, nous manquons pour le moment de chiffres percutants afin de porter politiquement le message. En ce qui concerne les caries de la petite enfance, nous avons besoin de données nationales ou régionales pour porter le sujet de façon collective. La question évoque aussi le problème de la prévention, car, alors que 80 % de l'état de santé est déterminé par des facteurs sociaux et comportementaux, l'argent est plutôt porté sur le curatif. Cela pose la question de l'évolution vers la prise en charge de la prévention dans les cabinets dentaires et dans la formation ainsi que l'intégration de la prévention bucco-dentaire dans les autres actions de prévention. Le facteur de la nutrition est très important. Un gros travail doit être mené.

Par exemple, un travail avait été mené avec le collège de santé publique - mais n'avait pas abouti - qui consistait à intégrer dans les objectifs du plan national nutrition santé relatifs à la réduction du sucre un objectif de santé orale. Bien que nous ayons porté le combat, cela n'a pas été intégré. Nous avons participé au débat et rédigé un rapport pour intégrer cet objectif.

Dr Nathalie FERRAND

Au niveau de la prévention par la santé environnementale, une équipe INSERM en 2013 a démontré qu'un des paramètres du MIH était le bisphénol A et donc une contamination maternelle au bisphénol A.

Par ailleurs, l'autre aspect concerne la question des sucres cachés dans l'alimentation industrielle. Pour un sucre consommé volontairement, quatre sucres et demi se trouvent dans l'alimentation industrielle. Il s'agit d'une dimension de santé environnementale qui n'est pas qu'une question de comportement, mais d'ordre plus général.



Ainsi, d'autres acteurs pourraient agir. Néanmoins, il s'agit d'un positionnement politique fort par rapport aux questions de santé environnementale.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Une question est adressée au Dr SOULIÉ :
« Certains pays voudraient revenir en arrière concernant la profession d'hygiéniste. Lesquels et pourquoi ? »

Dr Thierry SOULIÉ

Je pense au Canada et à la Suisse pour qui cela pose des problèmes, c'est pourquoi ils ont créé des assistantes intermédiaires. La plupart du temps, ce sont les professionnels qui s'en plaignent. Même si la coopération se doit d'être faite, la création d'un nouveau métier dans un espace libéral pose parfois un problème dans le système hospitalier. Dans un cadre hospitalier ou une clinique, il est plus facile de déléguer des tâches autour d'un plateau technique avec du personnel autour. Dans un cabinet, l'objectif consiste à prendre en charge une population qui se rend au cabinet et nous nous heurtons inévitablement aux problèmes de moyens.

Quand l'Etat dépense de l'argent pour les problèmes dentaires, cela ne pose pas problème. Toutefois, nous sommes dans un exercice économique contraint. Le développement des hygiénistes dans le cadre d'un exercice déjà difficile relève de la délégation de tâches hors cabinet. Or nous défendons tout d'abord la subordination dans un premier temps afin que cela soit mis en place à l'intérieur des structures qui existent. Certains secteurs ont remarqué la volonté d'émancipation de la profession, mais il n'est pas certain qu'en termes de santé publique cela résolve le problème. Dans certains pays tels que le Canada et les Etats-Unis et en Suisse, ils ont fait machine arrière en créant des systèmes intermédiaires pour amener les personnes dans les cabinets. La situation doit être observée dans sa globalité. Le frein de la profession émane également de ce qui se passe à l'extérieur.

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Les deux dernières questions portent sur la gestion de l'émanation et du développement de réseaux de soins. Qu'en pensez-vous ?

Dr Thierry SOULIÉ

Je ne peux pas affirmer que je suis favorable aux réseaux de soins. A quels réseaux faites-vous allusion ?

Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Il s'agit des réseaux de soins coordonnés.

Dr Thierry SOULIÉ

Dans ce cas, nous sommes d'accord. Je parlais des mutuelles par exemple auxquelles je suis opposé. Nous sommes donc d'accord sur les réseaux de soins coordonnés. Nous sommes opposés aux réseaux disposant d'un système de financement capitalistique qui amène une marchandisation de la profession. Il ne s'agit alors plus de santé publique, mais d'industrialisation. J'établis donc clairement une distinction entre le réseau de soin et l'entreprise de santé publique qui ne sont pas du tout identiques. L'un correspond à de l'ingénierie et de la capitalisation des systèmes qui exploitent à la fois le praticien et ne résout pas le problème du patient.

Je n'ai pas peur de dire que l'entreprise de santé publique de proximité n'est pas incompatible avec une médecine de santé publique qui rend le service et l'accès aux soins. Il sera toujours nécessaire de lier le social et l'économie. Nous ne pouvons pas nous en dédouaner. Encore une fois, des moyens sont indispensables et doivent être alloués à la santé et non à l'exploitation de la santé. Je suis contre l'industrialisation, contre la machinisation et l'instrumentalisation du praticien. Toutefois, le praticien doit disposer des moyens techniques et humains pour réaliser les soins, le bon soin et la pertinence des soins, ce qui n'est pas incompatible avec la notion d'entreprise libérale de proximité que, personnellement, je défends.

Dr Nathalie FERRAND

Nous sommes tout de même d'accord. Les centres de santé prennent en compte des notions économiques. Sans équilibre économique, ils mettent la clé sous la porte et ne soignent plus personne. Si notre objectif reste de soigner les gens, aucun problème n'apparaît. Ce qui nous pose problème est identique pour les parcours de soins coordonnés. Quel est l'objectif ? Si l'objectif consiste à diminuer les dépenses publiques, cela partira en vrille.



S'il s'agit d'un objectif de santé, c'est bon. De même, au sein des structures pratiquant l'optimisation économique, l'interprofessionnalisation est une catastrophe.

Par exemple, au sein de DENTEXIA, des assistantes ont effectué de l'interprofessionnalisation et de l'optimisation. En réalité, elles faisaient signer des devis et des crédits. Le point de départ, selon nous, réside dans l'intention avec laquelle l'outil est utilisé. Je cite bien souvent l'exemple de la fourchette. Avec une fourchette, on mange ou on peut crever un œil. Tout dépend de l'intention. Je pense que nous devons être extrêmement vigilants, car nous pouvons glisser rapidement à l'image de la publicité et de l'information.

Une intervenante

Le problème est qu'il existe des centres vertueux et d'autres qui le sont moins. Nous avons observé des réseaux de soins fleurir dont ne comprenons même pas pourquoi ils parviennent à s'installer. Le dépôt d'un dossier de santé à l'ARS est en effet requis, de même qu'une autorisation.

Dr Nathalie FERRAND

Ceci est déclaratif.

Une intervenante

Dans des endroits où la démographie médicale est assurée par d'autres structures qui offrent une offre de soins identiques. Pour autant, nous mènerons tous ce travail ensemble dans la façon d'aborder nos patients. Effectivement, nous soignons des gens et il est préférable que nos centres soient à l'équilibre. Parfois, malheureusement, nous prenons en charge des patients qui ne sont pas pris en charge ailleurs et qui nous plombent les comptes. Nous sommes donc contents d'être adossés à une mairie qui nous porte.

A l'image de la communication sur les jeunes migrants, je vous confirme que nous les prenons en charge dans notre centre. D'ailleurs, l'ASE ne nous règle pas. Pourtant, heureusement que le centre existe. Enfin, il est vrai que des réseaux mercantiles existent et il y a de vrais réseaux de soins que nous avons tous développés. Nous nous dirigerons tous peut-être vers les CPTS parce que nous avons besoin de travailler les uns avec les autres. Si nous envoyons des jeunes s'installer en région

et que nous leur plombons l'hôpital d'à côté et tout le maillage territorial public, ils ne seront peut être pas contents de s'y rendre.

Nous mènerons donc ce travail tous ensemble.

Dr Nathalie FERRAND

D'autant plus que lorsqu'il est affirmé que la convention éradiquera complètement les centres low-cost, car nous avons tous des tarifs plafonnés, il y a en réalité bien plus que l'histoire des tarifs. Par exemple, un centre sur Bordeaux projette d'ouvrir autant qu'un centre commercial, c'est-à-dire un cabinet dentaire qui ouvrirait jusqu'à 22 heures, y compris le dimanche. Ce n'est donc pas qu'une question de tarifs plafonnés, mais d'une autre logique. J'attire votre attention sur ce point, car même au niveau européen, ils veulent absolument ouvrir le marché du soin.

Or la seule chose qui nous permettra de ne pas lâcher sur ce point – non pour nous, mais pour le patient qui est considéré comme un consommateur – réside dans le fait de se repositionner par rapport au patient et il ne s'agit pas des pré carrés que nous défendons que l'on soit professionnel libéral, salarié, ou autres, mais de la dignité du soin. La relation soignant-soigné ne peut pas être commerciale. Nous disposons d'arguments juridiques en France et surtout d'arguments européens. Je suis ravie d'entendre que l'objectif n'est pas de transformer le cabinet dentaire en entreprise. Si l'objectif est toujours de soigner des gens, il n'y a pas de soucis. En revanche, si cet objectif se transforme et que nous devenons des entreprises, nous sommes cuits.

Nous aurons alors des professionnels de santé dont le seul critère permettant de choisir le traitement sera le prix.

Quelles sont leurs connaissances et leurs compétences pour définir le traitement médicalement ? La chimiothérapie dont nous bénéficierons correspondra-t-elle à nos besoins médicaux ? Le seul critère de qualité est le soin qui correspond au besoin médical du patient et non à la couleur de la moquette ou au sourire de l'assistante à l'entrée. Sur le PLFSS 2019, l'article 33, annexe 9, demande aux professionnels de santé d'obligatoirement remettre un questionnaire de satisfaction à l'assuré, y compris sur la qualité de ses soins.



Pr Sylvie AZOGUY-LEVY

Je vous remercie d'avoir participé à cette table ronde. Nous serons tous d'accord sur la multiplication des questions qui se posent sur la démographie et l'offre. J'essaierai de plaider pour ma chapelle, à savoir la santé publique. Je pense que vous serez d'accord sur le fait que nous avons besoin d'experts en santé publique pour mesurer les besoins, pour mesurer l'efficacité des procédures et pour mieux discuter avec les instances institutionnelles. Je pense qu'il nous faut absolument un corps de professionnels de santé publique pour aborder toutes ces questions.

Je remercie l'ensemble des intervenants. Je vous invite, à partir de 13 heures 30 à rejoindre la session des posters.

DE TERRITOIRE EN TERRITOIRE, DE BELLES INNOVATIONS

Pr Emmanuel VIGNERON

Nous changeons d'optique puisque nous observerons des réalisations concrètes et en quoi elles répondent à des préoccupations territoriales. Vous connaissez les intervenantes, je donne donc la parole à Corinne TARDIEU.

IV / Prévention accès aux soins dans les territoires. Quel avenir pour les réseaux de santé ?

Pr Corinne TARDIEU

J'ai la tâche de vous donner mon sentiment sur les réseaux de santé. J'aimerais commencer par un peu d'histoire avec, dans les têtes des collectifs, des arracheurs de dents, un public élargi et un dentiste. Par la suite, le dentiste est apparu seul avec son patient. Puis, la loi du 4 mars 2002 a commencé à proposer de travailler en réseaux de santé avec un maillage et une vocation territoriale par le biais d'un dispositif appelé le réseau de santé, qui est un dispositif de coordination des parcours. En 2007, une circulaire a induit un renforcement sans changer les orientations nationales, mais en proposant un environnement différent.

Depuis 2004, des expérimentations et des financements ont ainsi été réalisés.

Le Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes met en avant 21 réseaux de thématique dentaire et trois à thématique non spécifique. Par conséquent, les cabinets privés avec plusieurs intervenants ont émergé. Nous sentons que le parcours d'un patient nécessite plusieurs chirurgiens-dentistes. J'ai souhaité comprendre pourquoi ces réseaux de santé orale avaient été créés. Sur les domaines du handicap et des pathologies lourdes, neuf réseaux se sont constitués. La problématique des personnes âgées rassemble trois réseaux. Les soins hors cabinet, quant à eux, regroupent quatre réseaux. Enfin, deux réseaux traitent de la prévention.

J'ai également ajouté le plan maladies rares qui recouvrira - car un patient en situation de handicap aux pathologies lourdes peut être âgé - le besoin de soins hors cabinet et de prévention. Les populations identifiées dans les lettres d'intention de ces réseaux se chevauchent parfois. Dans le plan maladies rares, certaines maladies sont handicapantes et invalidantes avec des patients qui peuvent recourir aux mêmes besoins.

La profession de chirurgien-dentiste a donc eu besoin de s'organiser avec les outils proposés à partir de 2004. Bien évidemment, tout financement nécessite une évolution. Le Ministère a tout de même effectué un audit de la situation. Ainsi, en 2012, ils ont édité le guide Comment améliorer la coordination des soins ? qui n'était pas spécifique au domaine dentaire. Le financement était à l'époque le FIX, puis s'est transformé en FIR. L'idée restait néanmoins la même, mais avec un bilan contrasté. En effet, le réseau prévoyait un maillage territorial avec un égal accès à la prévention et aux soins. Or il a mis en évidence des hétérogénéités importantes dans l'activité de soins et de prise en charge des patients.

En outre, les ARS, qui sont nos premiers interlocuteurs, affirment que nous devons faire évoluer nos missions vers la coordination de parcours et non de soins. Ils ne savent pas si le bucco-dentaire est isolé ou non, si la personne ou son besoin en soins doit être le dénominateur du parcours. Ainsi, les ARS souhaitent intégrer une dimension territoriale plus grande.



Émerge ensuite une idée plus sociale visant à travailler tous ensemble, à savoir le sanitaire et le médico-social. Les prémices ont concerné les services d'appui aux effecteurs de soins qui se sont traduits en 2016 par les plateformes territoriales d'appui. Par ailleurs, le renforcement de la polyvalence et l'ancrage territorial ont été ciblés bien que leur mise en œuvre ne soit pas si simple.

Étant donné que j'ai monté un réseau en 2005, je vous donnerai ce qu'il est en est aujourd'hui. En orange se trouvent les séances de soins prodigués aux patients qui se trouvent en bleu dans l'histogramme. L'agrément est intervenu en 2005 et en 2006 les chiffres font état d'une réelle augmentation qui n'est toutefois pas apparue à coûts constants. En effet, les ARS ont joué le jeu de nous donner des moyens complémentaires. Dans la courbe du réseau PACA, une légère stagnation a été enregistrée en 2010, c'est pourquoi nous avons créé une nouvelle offre de soins par le biais d'un centre de santé mobile à l'aide d'un fauteuil installé dans un bus.

Nous nous rendons toujours dans des établissements médicosociaux pour prodiguer ces soins, ce qui nous a fait accéder à une plus grande population.

Avec tous ces efforts à différents niveaux, financiers et dans l'implication de soigner dans différentes circonstances, la population en PACA de personnes en situation de handicap représente environ 18 500 personnes dont nous soignons environ un quart sur plusieurs années.

Cela répond à un besoin. Toutefois, nous n'atteignons tout de même pas l'exhaustivité de la prise en charge. Parmi les patients, nous traitons la personne adulte et les enfants, mais relativement peu les personnes âgées. Je n'ai toutefois pas rapporté ces personnes à l'indice de la population. Néanmoins, dans sa compétence d'exercice, le chirurgien-dentiste traitera essentiellement des adultes.

S'agissant des lieux de vie, les données font figurer de nombreux établissements médicosociaux, dont 44 % avec des handicaps relativement lourds et 34 % avec des enfants dans les IME. Puis, 22 % concernent le domicile. Il est donc relativement complexe d'apporter de l'information aux personnes qui ne se trouvent pas en établissement

pour personnes en situation de handicap. Force est de constater que la répartition est relativement inégale au sein des départements. En effet, les Bouches-du-Rhône comprennent Marseille et son tissu urbain relativement développé. Or l'offre de soins en établissement sanitaire est tout de même plus importante que dans les autres départements. De plus, 18 cabinets dentaires libéraux participants ont été recensés. Le bus soigne par ailleurs énormément de patients et des dépistages ont été organisés pour identifier ces lieux de soins. La participation libérale n'est donc pas neutre et plutôt intéressante.

La répartition actuelle fait état de 52 % dans les Bouches-du-Rhône, le Var et ensuite les données correspondent aux cartes observées ce matin. Il serait intéressant de confronter les cartographies afin de constater ce qui est associé ou ce qu'il l'est moins. Qui sont ces praticiens ? En 2017, 145 adhérents étaient comptabilisés dont seulement 52 avaient exercé. En réalité, les praticiens viennent, repartent et d'autres arrivent.

Pour une région de ce type, 52 praticiens ne sont clairement pas suffisants pour traiter les besoins exprimés.

Nous réalisons également de la formation. Ainsi, en sixième année d'études, ils commencent à être aguerris. Nous étions 100 % hospitaliers lorsque nous avons commencé le réseau. Puis, j'ai largement participé à cette formation. Des dentistes qui sont venus se former ont osé prendre des patients dans leur cabinet, intitulés des USO (Unités de santé orale) à savoir l'extension de plateaux techniques. Les praticiens viennent avec leurs feuilles et travaillent dans les services sanitaires publics ou privés dans le cadre de la convention avec HANDIDENT.

Des infirmiers sont également essentiellement recrutés pour aider le praticien au moment de sédations pour rendre permissif l'accès à la bouche. Puis, sept assistants dentaires établissent une rotation dans le bus pour prendre en charge les patients dans l'ensemble de la région. En conclusion, une équipe fidèle est nécessaire, mais elle doit également être renforcée, car la population et la demande en soins ne cessent d'augmenter. Lorsque j'ai commencé, la résignation était importante. Les personnes nous encensaient, car nous



réalisions un détartrage ou enlevions une dent mobile. Actuellement, elles se rendent compte qu'il existe un droit à l'accès aux soins et elles en veulent plus. Ainsi, l'offre augmente sans arrêt, car elle devient plus pertinente et plus conservatrice.

Quels soins dispense-t-on ? Actuellement, 3 780 plans personnalisés de santé sont actifs. Force est de constater que chaque année dans le bus, le chirurgien-dentiste de ville et dans les unités de santé orale, ce sont les libéraux qui travaillent. Puis, les trois actes types sont les soins conservateurs, les extractions et le suivi des patients. Dans le bus, nous réalisons énormément de suivi. C'est bien le chirurgien-dentiste de ville qui a le panel complet et qui adaptera aux besoins chaque acte alors que dans les USO, le dentiste aura tendance à réaliser davantage de suivi, ce qui est bien pour l'aspect de la prévention secondaire. Le suivi est en effet indispensable et est parfois difficile à mettre en place. Toutefois, le chirurgien-dentiste de ville se trouve au milieu et doit être formé pour offrir l'ensemble des soins aux patients.

Nos forces résident dans le fait que nous bénéficions d'un financement ARS d'environ 300 000 euros par an sur les trois dernières années. Ce centre de santé a pu être développé sous forme de bus, apportant ainsi un élan sur l'offre de soins. En parallèle, l'association créée en 2005 est extrêmement dynamique. Elle comprend les représentants des usagers qui sont forces de proposition et recherchent des financements autres que l'ARS. Cette forme de dynamisme provient de la population qui a besoin des soins. En revanche, notre faiblesse concerne le fait que l'évolution du nombre de chirurgiens-dentistes est relativement faible, ce qui met la coordination en tension puisque les patients appellent, mais nous ne savons pas vers qui les orienter. Par conséquent, nous ne répondons plus aux besoins premiers et parvenons à saturation avec des délais qui se rallongent sur la prise en charge.

Par ailleurs, nous avons émis l'idée de réaliser une première remise en état bucco-dentaire sous anesthésie générale. Or nous ne bénéficions toujours pas d'un accès facilité dans les établissements sanitaires qu'ils soient publics ou privés en étant en rivalité avec d'autres spécialités qui sont bien plus lucratives sur le moment de l'hospitalisation que

nous qui prenons trois heures pour délivrer dix soins.

S'agissant des opportunités, j'ai lu le Plan national de santé et ai observé un intérêt accru pour la situation des personnes handicapées qui est plus affichée. En outre, en région pour HANDIDENT, nous avons participé à une instance collégiale régionale, appelée l'ICR en santé et soins dentaires. Dans ce cadre, deux ateliers de réflexion et de proposition de financement ont été organisés pour répondre aux appels d'offres.

La menace, quant à elle, pèse sur la pérennité de ces financements. Au sein du réseau, nous avons salarié des personnes pour la coordination du réseau. Je ne sais pas, si je dois en augmenter, si elles conserveront leur emploi et quel est leur devenir. Depuis le départ, l'ARS m'indique que ceci est renouvelé par CEPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens). Nous parvenons à atteindre les objectifs. Toutefois, les moyens donnés – bien qu'ils soient importants – ne sont pas toujours à la hauteur des attentes. Par conséquent, il existe une adéquation entre l'offre et la demande.

En 2017, le gouvernement a constaté que nous ne parvenons pas à faire face à la demande d'accessibilité nécessaire. Un plan est donc sorti et des solutions spécifiques ont été identifiées. Je retiens par exemple les communautés professionnelles territoire de santé qui, sur le plan, semblent magiques. En tant que professionnels de santé, nous pouvons envisager d'intégrer une thématique avec une coordination organisée, pluriprofessionnelle avec des déterminants sociaux et médicosociaux. Je me dis que ceci est peut-être la solution. En outre, la stratégie vient de sortir et prévoit une présence médicale et soignante accrue. Le numérique doit également faire partie de l'évolution, mais la pérennité et la continuité m'inquiètent dans le cadre des réseaux.

Comment pérenniserez-vous ces actions qui sont un résultat intéressant, mais qui restent mitigées ? On me dit qu'il faut innover. L'innovation se rapporte à l'article 51 de la Loi de finances de la sécurité sociale qui pourrait nous permettre de créer de l'innovation. En mai, un appel à manifestation d'intérêts a eu lieu. Puis, les appels à projets nationaux ont démarré en août avec l'idée d'une expérimentation sur trois ans.



Or depuis octobre, huit expérimentations sont cours, mais aucune sur la santé orale. Aucun chirurgien-dentiste n'est impliqué. Je ne sais même pas comment pourraient s'y prendre les professionnels qui souhaiteraient y participer. La transformation en profondeur signifie que les chirurgiens-dentistes doivent se lire au sein de la médecine avec le médicosocial et le lien hôpital-ville. Construisons des projets de santé avec les territoires. En parallèle, un panel de solutions concerne l'aide à l'installation et la télémédecine. Les propos tenus depuis ce matin s'inscrivent dans cette logique.

J'avais également évoqué les CPTS dont l'objectif est fixé à 1 000 à l'horizon 2022. Si je reprends le même schéma qu'au départ, cela signifie que tous les réseaux thématiques que nous avons eu envie de créer doivent s'intégrer aux CPTS thématiques par région sur le handicap, le diabète et que le chirurgien-dentiste fera partie de la prise en charge des patients. J'ai osé le CPTS oral qui n'est toutefois pas du tout dans l'air du temps. En parallèle, d'autres initiatives existent telles que les médiateurs en santé orale.

Nous n'avons pas reçu l'explication ce matin sur le contrat local de santé, mais cette solution peut également être apportée. Par ailleurs, j'entends beaucoup parler du droit commun au sein des ARS. Cela signifie que le réseau ne sera plus financé en tant que réseau de santé. Il faudra donc s'adapter aux nouveaux dispositifs qui existent.

Pour HANDIDENT, nous sommes reconduits chaque année sur le même CEPOM, car ils ne savent pas quoi faire de nous. Pour le moment, je n'ai pas de guichet pour formuler une demande officielle d'autres formations innovantes et nous ne sommes pas prêts à être dans le droit commun. A Marseille, par exemple, l'équipe a pris part au départ du Défi Rame pour financer des actions pour le réseau. L'équipe est constituée de quatre rameurs et d'une personne qui guide, ce qui démontre la bonne coordination. Ces derniers sont partis de Marseille et sont arrivés à Bastia quelques jours plus tard. Je vous remercie de votre attention.

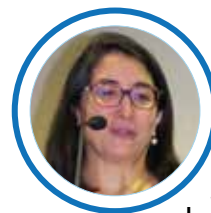
Pr Emmanuel VIGNERON

Ces propos étaient fort intéressants. La discussion aura lieu collectivement tout à l'heure. Deux relais de l'hôpital Avicenne sont présents ce jour.

Ce dernier a été précoce en matière de réponses à des besoins territoriaux particuliers, ceux de la zone établie pour accueillir une population peu coutumière des usages de l'hôpital français. Hier comme aujourd'hui, dans de nombreuses disciplines médicales ou chirurgicales, se font des choses très belles dans le domaine de la cancérologie tout particulièrement. Nous vous écouterons sur ce rôle si important des médiateurs de santé au sein de la population de l'hôpital Avicenne.

Je vous remercie de votre intervention

V / Un projet national innovant : le rôle des médiateurs de santé



Josiane CAILLOL

Je vous remercie pour votre invitation et remercie également Sylvie AZOGUY-LEVY.

Je suis maître de conférences des universités-praticien hospitaliers en infectiologie à l'hôpital Avicenne et Madame MARAFIN a été recrutée en tant que médiatrice en santé au mois de mai. Il m'a été demandé de parler de cette expérience en cours afin d'observer comment nous pouvons échanger des expériences et profiter des opportunités d'innovations qui peuvent être offertes par l'ARS notamment. Je ne m'attarderai pas sur l'historique. Il est vrai que la médiation fait son bonhomme de chemin, notamment dans le secteur judiciaire, culturel et social et plus récemment dans le domaine sanitaire.

Au départ, en médiation pour la santé orale, je n'avais jamais lu d'articles, mais il est vrai que les articles concernent essentiellement le domaine du VIH dans les zones reculées en Guyane par exemple ou dans d'autres pays du monde. Nous nous sommes ainsi rendu compte de l'utilité de la médiation en santé. Enfin, un positionnement national sur la médiation en santé a été pris puisqu'elle est désormais inscrite en tant que métier dans le Code de la santé publique. La médiation porte une fonction d'interface entre les professionnels de santé afin d'accompagner les patients vulnérables ou éloignés des systèmes de soin dans leur parcours qui devient assez complexe, notamment pour les populations difficiles qui peuvent être rencontrées au sein de l'hôpital Avicenne. L'objectif de la médiation en santé vise à



autonomiser in fine le patient dans la prise en charge de sa santé. Du point de vue pratique, la Haute autorité de santé s'est également penchée sur la question et définit la médiation comme un processus temporaire, ce qui ne correspond pas à faire à la place du patient, mais au contraire à aller vers le patient et faire avec lui afin qu'il apprenne et qu'il rejoigne ensuite un degré d'autonomie suffisant pour prendre en charge sa santé de manière globale. Cela implique à la fois une connaissance du territoire, ce qui s'inscrit parfaitement dans la thématique de ce jour, ainsi qu'une équité dans l'accès aux soins. Il est vrai que dans chaque profession de santé se trouvent des représentations. La médiation en santé est alors destinée à observer et signaler des représentations en santé qui peuvent déteindre sur nos pratiques. Enfin, les rôles de la médiation sont nombreux.

Ceci est extrait du référentiel de compétences qui a été publié il y a un an. Les quatre axes d'intervention sont également définis dans le document HAS et sont dénommés comme suit :

- Rencontrer les personnes vulnérables éloignées du système de soin.
- Faciliter la coordination du parcours de santé.
- Favoriser les actions de promotion de santé.
- Assurer un retour d'information.

Il s'agit également de faire un retour sur les dysfonctionnements que les patients peuvent rencontrer et qui peuvent entraver leur bonne prise en charge.

S'agissant du contexte Avicennois, le CHU est localisé dans le 93 et dessert une population avec un niveau de littératie en santé relativement faible avec des barrières linguistiques élevées, qui peuvent ne pas avoir de couverture sociale. Parfois, elles n'ont pas de mutuelle ou pas de sécurité sociale. Au départ, nous nous sommes aperçus que, lors des consultations médicales ou pendant les hospitalisations, beaucoup d'énergie était nécessaire pour motiver le patient à revenir en consultation, à se faire dépister, à prendre le traitement ou à déposer un dossier pour faire renouveler l'AME. En tant que professionnels de santé, nous réalisons que les patients cumulaient ces barrières.

Comment articuler la médiation en santé avec toutes ces barrières ? Nous avons profité d'un appel à projets ARS datant de juillet 2017 dont

l'objectif était d'innover dans l'amélioration du parcours des patients en médecine ambulatoire. Au départ, le projet de l'ARS était beaucoup plus quantitatif puisque l'objectif initial consistait à diminuer le nombre d'hospitalisations. Un benchmarking européen démontrait en effet que le nombre d'hospitalisations en France était beaucoup trop important. Comment faire pour éviter les hospitalisations inutiles ? Il est vrai qu'au sein de l'hôpital Avicenne, on observe souvent des hospitalisations découlant du fait que comme les patients ne comprennent pas leur traitement, on les hospitalise pour réaliser une partie du traitement en hospitalier. Or s'ils comprenaient bien le traitement et étaient autonomes, ils auraient peut-être pu rentrer chez eux pour prendre leur traitement.

Sur ce rationnel, nous avons envoyé un projet à l'ARS proposant d'inclure la médiation en santé au sein de l'hôpital Avicenne sur quatre services hospitaliers de médecine pour essayer d'améliorer le parcours des patients. Ainsi, nous avons recruté Madame MARAFIN à partir du mois de mai. S'agissant de la mise en place pratique du projet, je pense que nous pourrions tenir un débat sur les personnes qui ont l'habitude de la médiation en santé orale. Dans un établissement hospitalier ou une institution, la création d'un nouveau métier n'est pas forcément la bienvenue ou est observée avec crainte. Avant même le recrutement, nous avons connu de petits écueils sur la grille de salaire par exemple ou le responsable hiérarchique. En réalité, un travail transversal lui était demandé entre les urgences, l'endocrinologie, l'infectieux et l'aval des urgences.

Ensuite, une fois l'écueil du recrutement passé, les questions se sont portées sur le point d'entrée. Qui signalera les patients qui pourraient bénéficier de la médiation en santé à la médiatrice ? A ce moment, cela a été source de nombreuses tensions dans l'hôpital, notamment le service social qui souhaitait être positionné en premier dans le signalement des patients et voyait la médiation plutôt comme une concurrence. Or au final ce sont des services complémentaires qui doivent travailler main dans la main. Tout ceci dans le cadre de pratiques médicales ancrées. Par exemple, si le patient ne prend pas ce traitement,



cela peut être considéré comme une responsabilité individuelle ou un manque de temps ou d'organisation institutionnelle.

Néanmoins, le signalement des patients est désormais réalisé par un large éventail de professionnels de santé allant de la secrétaire médicale à l'infirmière et au médecin. La démarche repose plutôt sur la base du volontariat et d'une bonne compréhension du projet et d'adhésion au projet. Désormais, plus de 80 personnes ont été adressées à la médiatrice qui a pu réaliser des interventions dont elle vous parlera. Elle a également beaucoup en se rendant hors les murs afin de rencontrer les acteurs du territoire dans le bassin d'Avicenne et d'améliorer la coordination entre la ville et l'hôpital. Je laisse la parole à Madame MARAFIN.



Lidy MARAFIN,
hôpital Avicenne
Université Paris 13

Bonjour à tous. J'ai choisi d'évoquer des cas concrets au cours desquels j'ai pu intervenir. Le premier cas concerne un jeune homme de 25 ans primo arrivant d'origine Malienne dont nous ne connaissons pas les raisons de sa venue à l'hôpital. Il s'est présenté, car il connaissait sans doute une personne suivie au niveau de la vaccination. Il n'avait aucune couverture sociale ni document d'identité. Au final, nous nous sommes aperçus qu'il souffrait d'une tuberculose extrêmement contagieuse. La difficulté résidait dans l'accès aux soins. Nous avons donc essayé de le faire passer par les urgences qui ont toutefois refusé le patient.

Mon intervention se joue donc au niveau de la navigation intrahospitalière, car j'ai dû solliciter un médecin afin qu'il réalise un bon pour soins vitaux et urgents, qui lui a permis de rentrer dans l'hôpital. Il a été hospitalisé trois semaines. La deuxième difficulté, bizarrement, consistait à sortir de l'hôpital, car le service social est fermé le jeudi matin et qu'il avait besoin d'un bon pour accéder à ses traitements. Or la pharmacie ferme à 14 heures, ce qui laissait peu de temps. Mon intervention a donc consisté à ne rien lâcher, ce qui a pris quasiment une journée pour son entrée et trois ou quatre heures pour sa sortie. Le deuxième cas concerne, quant à lui, un patient en hôpital de jour dans le cadre de son VIH,

qui souffre d'addictions, en particulier à l'alcool, qui est plus ou moins en errance et qui perd régulièrement son téléphone, sa carte d'identité et sa carte bancaire. Il prend beaucoup de temps, car il s'endort, ce qui constitue une certaine forme de mise à l'abri puisque l'ensemble de l'équipe lui permet de faire une sieste, l'aide dans ses démarches et s'assure qu'il prenne ses traitements. Nous sommes relativement contents, car depuis mon recrutement au mois de mai, son état physique et émotionnel s'améliore. Il a repris du poids et a meilleure mine. La médiation consiste ici à ne pas perdre de vue le patient en l'aidant dans sa recherche d'emploi, en créant un CV, en l'aidant dans sa réactualisation afin qu'il puisse toucher ses prestations sociales. Il s'agit également de l'aider à reprendre un téléphone afin d'effectuer des démarches diverses.

En parallèle, en ce qui concerne la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile, et plus particulièrement la continuité des soins, un souci est intervenu au niveau du coût de patientèle. Les partenariats avec les infirmières libérales ou les prestataires de service nous ont permis de lever des freins au niveau géographique, de la barrière de la langue et de la patientèle. Parfois, il s'agit malheureusement de négociations, car les infirmières expliquent qu'un patient qui sort d'endocrinologie rapporte beaucoup plus qu'un patient souffrant d'une petite plaie. Nous essayons donc de négocier en envoyant un patient qui rapporte trois euros, mais en essayant la fois d'après d'amener un autre patient. Malheureusement, si le patient avait appelé lui-même, il aurait essuyé un refus. Les soucis rencontrés sont donc d'ordre administratif et financier.

Puis interviennent les représentations. Comment se positionner face à un patient en état d'ébriété ? Certains médecins ne veulent pas s'occuper d'un « mec bourré » ou sous autres substances. Nous rencontrons de nombreux cas similaires avec les patients suivis en psychiatrie. Des peurs surgissent face à ces comportements particuliers. Par conséquent, nous sommes sollicités pour de nombreuses situations et essayons de nous adapter et de débloquer un maximum de freins. Si nous ne possédons pas les compétences, nous passons le relais.



Josiane CAILLOL

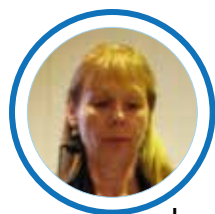
En réalité, nous sommes bloqués dans les négociations avec le service social. Le projet se trouve donc à un point délicat. J'ai beaucoup entendu parler de pérennité des financements et je vous confirme que le problème se pose puisque nous bénéficions d'un financement sur un an, prolongeable de six mois. Avec la lenteur de l'adaptation de l'hôpital à la médiation en santé, il nous faudrait plus de temps.

Les points positifs concernent le fait que des services se sont portés volontaires par rapport aux services de médecine inclus initialement, tels que les services d'addictologie ou de psychiatrie de liaison. Nous nous orientons peut-être vers une autorisation de rencontrer tous les patients qui sortent de chaque service afin d'obtenir un screening sur les vulnérabilités et de mettre en place les interventions appropriées. Je vous remercie.

Pr Emmanuel VIGNERON

Non seulement les interventions étaient claires et précises, mais également alertes et rondement menées. Je laisse la parole à Anne-Marie MUSSET.

III / Une nouveauté : le service sanitaire



Anne-Marie MUSSET,
collège des enseignants en
santé publique dentaire

Bonjour à tous. Nous sommes très heureux de voir autant de monde aujourd'hui et espérons que la journée sera à la hauteur de vos attentes. Dans le cadre des politiques de santé, une nouveauté a concerné les étudiants en santé, à savoir le service sanitaire. Damien OFFNER et moi avons préparé ce diaporama, mais au nom du collège national des chirurgiens-dentistes universitaires en santé publique que je représente.

Ce travail a commencé en décembre 2017 avec la sortie du texte le 13 juin 2018. Nous avons été extrêmement bousculés puisqu'il a fallu réaliser un état des lieux de l'existant des actions de prévention dans les facultés et ensuite participer à la mise en place de ce service sanitaire. Cela a été

fait par le professeur Loïc VAILLANT, chargé de mission auprès du Ministère. Il s'agit de mettre en place un service sanitaire pour les étudiants d'une durée globale de trois mois durant laquelle ils effectueront de bout en bout une action de prévention primaire ou de promotion de la santé.

Des objectifs ont donc été définis afin que les étudiants acquièrent des méthodes et des réflexes de prévention et que, plus tard, une fois dans leurs cabinets, ils puissent connaître les clés pour devenir de réels acteurs de prévention, ce qui n'est pas toujours le cas actuellement. Ainsi, ils pourront contribuer à la promotion de la santé et à la réduction des inégalités sociales et territoriales. Il est donc demandé que nous renforçons davantage la sensibilisation des étudiants aux enjeux de prévention.

Ce service sanitaire comporte tout un enseignement avec en premier lieu une acquisition de connaissances et de compétences, une préparation des actions, une réalisation de ces actions, puis, l'évaluation en deux temps auprès des cibles et des formateurs. Il nous a été demandé de privilégier la formation des étudiants de façon à ce que cela rentre véritablement dans leur cursus et qu'il devienne normal de réaliser de la prévention. Il est donc nécessaire de favoriser l'approche globale par facteurs de risque communs. Par ailleurs, nous avons pour objectif de délivrer une formation de qualité fondée sur les données scientifiques réalisées avant qu'ils partent en stage. De plus, nous devons structurer les enseignements dédiés en odontologie par exemple, de même que les enseignements de prévention transversaux plus largement médicaux. Il nous est également demandé de nous servir de l'expertise d'autres secteurs, notamment des sciences de l'éducation pour apprendre des méthodes de communication ou de transmission de savoirs. Nous avons également pour mission de dispenser des enseignements odontologiques et interprofessionnels communs, c'est pourquoi l'harmonisation de ces enseignements est en cours au niveau national, au niveau des collèges, dont le nôtre, mais également de Santé publique France et l'ARS. L'objectif consiste à reconnaître l'individu et ses conduites dans leur complexité.

Quels sont les publics concernés ? Des populations de tous âges a priori non malades. Ils veulent que les étudiants se rendent en ville plutôt qu'à



l'hôpital et pas seulement dans les villes des facultés, mais sur tout le territoire afin d'obtenir, à terme, un maillage territorial optimal. Après de nombreuses discussions, les étudiants pourront tout de même se rendre en milieu hospitalier, notamment pour des patients qui peuvent être facilement atteints avant leur sortie ainsi que pour les malades chroniques qui sont plus facilement accessibles et qui bénéficient de temps vide à l'hôpital qui peut être consacré à la prévention. Il en va de même pour les personnes en situation de handicap.

Il est fortement recommandé que cette démarche soit pluriprofessionnelle avec les autres étudiants en santé, mais également que les étudiants puissent choisir ce qu'ils feront et qu'ils aient une appétence pour l'action qu'ils réaliseront. En d'autres termes, même le dernier groupe doit avoir le choix. Cela signifie que nous devons proposer beaucoup de choses aux étudiants.

La forme est extrêmement académique avec des unités d'enseignement composées de temps théoriques et pratiques. Notre collègue a par exemple élaboré une unité d'enseignement type dont les collègues des facultés se sont emparés. Cela donne droit à des crédits qui s'inscrivent dans une démarche nationale et européenne avec au moins cinq ECTS, ce qui est conséquent dans le cadre d'un cursus d'étudiants. La prévention a donc pris soudainement une énorme importance dans le cursus.

Par ailleurs, nous ne devons pas augmenter le temps de travail des étudiants, mais substituer à des activités pédagogiques ou des stages existants sans rallonger en aucun cas le cursus des étudiants. Cet aspect ne sera pas facile, car la question de savoir ce que l'on enlève est complexe. Des priorités ont en outre été fixées sur l'alimentation, l'activité physique, les addictions et la santé sexuelle. Tous les étudiants peuvent, doivent et devraient réaliser de la prévention dans ces domaines ainsi que des actions ciblées selon des problématiques définies par territoire ou les demandes des publics : la vaccination, l'hygiène et les troubles du sommeil. Les textes prévoient en particulier l'hygiène bucco-dentaire. Je pense tout de même que la prévention bucco-dentaire ne se limite pas au brossage et à l'hygiène bucco-dentaire.

Bien évidemment, les crédits et diplômes nécessitent une évaluation du stage grâce à un carnet de progression détaillé avec l'unité d'enseignement et des examens. Ces unités d'enseignement sont indispensables pour l'obtention du diplôme. Force est de constater que la prévention a pris une réelle place dans l'enseignement avec ce service sanitaire. L'évaluation est également réalisée par les encadrants locaux des stages et par les bénéficiaires des actions. Puis, les acteurs de santé publique devront ensuite évaluer ces actions.

Il a donc fallu définir des années de déroulement des stages qui sont variables d'une faculté à l'autre. Pour l'odontologie, il s'agit de la troisième et quatrième année, de la troisième année pour la médecine et de la quatrième année pour la pharmacie. Les années sont variables pour les infirmières et kinésithérapeutes. De surcroît, la quatrième année ne devait pas être dépassée, car il fallait réfléchir au rattrapage de l'examen en cinquième année pour ne pas retarder l'obtention du diplôme à la fin de la sixième année. En outre, apprendre à réaliser de la prévention n'est pas si simple en troisième année.

Nous serons amenés à collaborer avec des acteurs de terrain extrêmement variés, ce qui sera coordonné par l'ARS. Par conséquent, un suivi universitaire sera mis en place aussi. Une seigneurisation effective est impérative sur le lieu de stage par des personnes qualifiées. Il n'est pas question de laisser les étudiants tous seuls sur le terrain. Le cadre d'intervention doit assurer la sécurité du public aussi bien dans le message que d'un point de vue médical. Il faut prendre en compte les cibles, leurs caractéristiques, leurs besoins. Ils doivent être capables d'avoir une approche globale de la santé orale et de ses déterminants et éventuellement de la santé générale. Enfin, les principes d'équité doivent être respectés, ce qui n'est pas évident pour un jeune étudiant.

Le pilotage est effectué par un comité régional stratégique du service sanitaire présidé par le Directeur régional de l'ARS et le Recteur de la région académique. Il comporte des représentants des administrations, des collectivités, des directeurs d'UFR et des structures de formation ainsi que d'étudiants. Les missions consistent à lister les thématiques



à partir de celles prioritaires et de celles identifiées comme pertinentes. Il s'agit également d'identifier les cibles, déterminer les terrains de stages, faciliter l'interprofessionnalité et la pluridisciplinarité, s'assurer de la répartition équilibrée de la réalisation des actions sur le territoire et de financer et/ou mettre à disposition des outils. Ce comité de pilotage devra également remettre un rapport chaque année sur le suivi et l'évaluation des actions qui sont réalisées au comité national de pilotage

Ce dernier est intitulé Comité national de pilotage et de suivi et devra évaluer le service sanitaire. Il est composé de représentants des ministères de la Justice, du Travail, des ministères sociaux, de la Défense, car certains services de santé sont également présents au sein de l'Armée. Puis, il comprend également le volet universitaire, étudiants ainsi que les associations. Avant de partir en action sur le terrain, il est nécessaire de signer une convention entre l'établissement d'enseignement et la structure d'accueil. Ensuite, le maillage du territoire implique de nombreux frais aussi bien pour les outils que pour les voyages. Les étudiants percevront une indemnité de frais de transport de 130 euros bruts maximum par étudiant sur présentation de leurs frais réels. Cela signifie que si un étudiant ne dépense pas beaucoup, nous ne pouvons pas le compenser sur un autre étudiant. Cet aspect risque donc d'évoluer. L'indemnité est prise sur des crédits d'assurance maladie.

De façon pratique, il s'agit de six semaines à temps plein avec la formation théorique, le travail personnel, la préparation à l'action, la réalisation d'actions et son évaluation. La moitié concernera l'action concrète. Il est possible de répartir ce temps sur deux années consécutives. Bien évidemment, des dérogations à la continuité peuvent être obtenues. Enfin, la validation est réalisée sur un justificatif par le responsable du lieu d'accueil et l'établissement d'inscription validera l'ensemble en capitalisant les crédits d'enseignement et en délivrant une attestation.

Les lieux sont les établissements d'enseignement de santé et médicosociaux. On peut les envoyer dans les structures d'accompagnement social, les structures associatives, les entreprises, les administrations, les organismes du Ministère de la Défense, des lieux de prises en charge judiciaire

et de privation de liberté et d'autres lieux à la demande en lien avec des besoins de prévention. L'encadrement comporte un référent pédagogique universitaire qui articulera et organisera l'ensemble, un référent de proximité désigné par la structure d'accueil et un projet encadré en commun.

Comment peut-on devenir terrain de stages en recevant des étudiants pour le service sanitaire ? Il est préférable de prendre contact avec les responsables de l'enseignement dans les facultés qui évalueront si vous correspondez aux thématiques ou non. Ensuite, vous posez votre candidature auprès de l'ARS en précisant les demandes d'intervention. Ensuite, ils doivent trouver un référent de stage qualifié pour encadrer les étudiants, signer la convention avec l'établissement d'enseignement et prévoir du temps pour la prise de contact avec la détermination des besoins avec le groupe d'étudiants sur le terrain, puis le temps pour les accompagner pendant leurs actions de prévention. Ils devront enfin participer à l'évaluation de l'action.

En résumé, nous démarrons comme nous le pouvons cette année. Il est relativement difficile d'envoyer tout de suite les étudiants sur le terrain de stage. Toutefois, tout se déroule plutôt bien. Le Ministère a tout de même prévu 47 000 étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, optique, kinésithérapie et soins infirmiers sur le terrain qui effectueront chaque année un service sanitaire. Le sujet de la prévention en France devrait donc bouger, ce qui devra être suivi dans le cadre d'une évaluation. Je vous remercie pour votre attention.

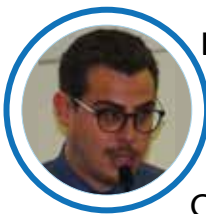
Pr Emmanuel VIGNERON

Je vous remercie, cher collègue professeur, pour cette présentation claire et synthétique d'un dispositif extrêmement important, nouveau et attendu depuis de longues années. 47 000 étudiants, ce n'est pas rien. Il faudra les encadrer,



multiplier les stages sans beaucoup de financements. Néanmoins, il s'agit d'un pas important réalisé dans la formation des jeunes pour le futur. Les jeunes et nos enfants connaissent la ville, mais retrouveront la campagne et des milieux différents. Un temps de discussion est prévu. Avez-vous des questions à poser aux différents intervenants ? Si vous n'avez aucune question, je vous propose d'aborder les points suivants en vous remerciant pour ces trois belles interventions.

IV / Précarité et accès aux soins bucco-dentaires



Docteur MALKOUN,
UFR d'odontologie - Université de Reims-Champagne Ardenne

Bonjour à tous. Je suis le docteur Charles Malkoun, chirurgien-dentiste récemment diplômé. Je vous présenterai mon travail de thèse, intitulé « Précarité et accès aux soins bucco-dentaires », dans une version révisée pour cette journée. L'objectif de cette thèse était d'exposer une vision globale de la précarité, et surtout de proposer des moyens de favoriser l'accès aux soins bucco-dentaires en France.

Dans un premier temps, je définirai la précarité, car ce terme est souvent utilisé de manière imprécise. Ensuite, je présenterai un rapide historique de la santé publique et de la protection sociale. Nous évoquerons dans un troisième temps la couverture sociale et les aides actuellement en vigueur pour favoriser l'accès aux soins, puis l'attitude du chirurgien-dentiste vis-à-vis de la précarité. Enfin, je proposerai une conclusion.

1 / La définition de la précarité

La précarité est une notion floue et mal définie, qui hésite entre pauvreté, vulnérabilité et exclusion sociale. Pour la préciser, je vous propose un peu de sémantique. La précarité n'est pas la pauvreté. Celle-ci définit « la situation d'individus ou de groupes démunis des ressources jugées essentielles et se trouvant dans une grande précarité ». La vulnérabilité caractérise quant à elle « ce qui est fragile, ce qui peut être attaqué, endommagé, ou ce qui est, encore une fois, précaire ». Nous pouvons noter la proximité entre vulnérabilité,

précarité sociale, autonomie et limitation d'accès aux soins. L'exclusion sociale correspond à la création d'un cercle vicieux, dans lequel une personne souffre d'une série de problèmes. Deux composantes (par exemple, l'emploi et les relations sociales) peuvent être suffisantes pour qu'un individu glisse d'une zone d'intégration vers une zone de vulnérabilité, voire une zone de désaffiliation.

Pour le père Joseph Wresinski, la précarité correspond à « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires (comme se nourrir ou se loger) et de jouir de leurs droits fondamentaux en termes d'éducation, de sécurité, ou de santé ». Pour le Haut Conseil de la santé publique, la précarité peut également concerner des personnes qui sont objectivement ou qui se sentent menacés par l'évolution d'une société dont les règles ont brutalement été modifiées.

La précarité est donc un processus non figé, incertain, avec des causes multiples et des conséquences pluridimensionnelles, qui peut atteindre n'importe quel individu à un moment précis de son existence. Il n'est pas question de pauvreté, mais de rupture, et celle-ci peut être rapide. Il existe également une proximité, par exemple, entre insertion, assistance et précarité.

Les individus les plus exposés à un risque de précarisation sont les femmes seules, les familles monoparentales, les travailleurs à revenus modérés, les chômeurs, les jeunes sans formation, les enfants déscolarisés, les réfugiés et les personnes en situation de handicap.

La précarité a toujours une dimension matérielle ou financière, en raison de sa proximité avec la pauvreté, mais également une dimension culturelle, qui peut être liée des stéréotypes (religieux ou autres). En outre, elle a une dimension spatiale. En effet, la précarité a une géographie. Ainsi, les 64 ghettos de France regroupent des familles monoparentales, des enfants d'immigrés et des personnes à bas revenus. Cette dimension spatiale peut être mise en regard de la question de l'accessibilité à la santé. La densité de présence des chirurgiens-dentistes n'est pas égale sur tout le territoire français, ce qui implique une précarité



d'accès aux soins d'ordre purement physique. Les centres d'examen de santé utilisent le score EPICES pour évaluer la précarité. Un individu présente au départ une constante de 75, et répond à 11 questions (« rencontrer un travailleur social », « avoir une assurance », « être en couple », etc.). Chaque réponse pondère la constante. Plus celle-ci tend vers 0, moins l'individu se trouve en situation de précarité. Le seuil de précarité est de 30.

La situation de précarité d'un individu a nécessairement des conséquences sur son état de santé. Nous le savons depuis de nombreuses années, et nous appelons cela le gradient social. Le « black report » de 1980 analysait les inégalités sociales de santé en Grande-Bretagne, et déjà, à l'époque, le gouvernement visait à réduire la pauvreté et à dépenser plus en matière d'éducation à la santé et la prévention des maladies afin de diminuer les inégalités sociales de santé. Pour ce qui est du gradient social, la « white hall study », une autre étude britannique des années 80 réalisées sur 10 000 fonctionnaires (qui relèvent donc d'une certaine normalité et non de la précarité), montrait que les facteurs de risques et de morbidité sont liés à la position dans la hiérarchie sociale.

Ces inégalités sociales de santé sont constatées dans tous les pays, y compris à l'heure actuelle. En France, à 35 ans, un homme ouvrier peut espérer vivre jusqu'à 76 ans quand une femme cadre peut avoir 10 ans d'espérance de vie supplémentaire. Il y a six fois plus d'obèses chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres, et cinq fois plus de caries, traitées ou non, chez les premiers que chez les seconds. La prévalence de la carie augmente de manière inversement proportionnelle à la progression dans la hiérarchie sociale.

La santé est, selon l'OMS, un état de complet bien-être physique, social et mental. L'aspect social apparaît encore une fois ici. Toutefois, les liens entre précarité et santé sont multiples. Le premier est l'impact de l'environnement, comme nous l'avons évoqué avec les ghettos et les difficultés d'accès, mais également les déserts médicaux. Les personnes en situation de précarité tendent à développer massivement des conduites addictives, le plus souvent associées à une alimentation très sucrée, ou à base de nourriture transformée.

Ces patients ont également une mauvaise image d'eux-mêmes, qui peut être associée à une souffrance psychique. Surtout, ils présentent une absence de vision à long terme. Ils affrontent les difficultés au jour le jour, et la prévention n'a que peu d'impact sur eux. Ils consultent le plus souvent les praticiens en cas d'urgence. Leur état de santé est dégradé, mais ils ne présentent pas pour autant le taux de recours aux soins le plus important. Selon certaines études, lorsque des patients en situation de précarité intègrent le système de santé, un effet de rattrapage peut être constaté. Les pathologies qui n'ont pas été traitées, associées à une certaine négligence et à des comportements à risques, peuvent alors alourdir la prise en charge du point de vue thérapeutique, mais également financier.

En santé orale, 11 % des plus pauvres souffrent de caries dentaires, contre 6 % du reste de la population selon l'INSEE. Parmi ces populations peut être constatée une prévalence des maladies parodontales, qui s'explique par leur caractère asymptomatique et leur évolution lente, mais également par le manque de prévention. S'agissant de l'indice CAO (pour dent cariée, absente ou obturée), l'étude BENEAL de 2012 montre que le nombre de dents absentes est trois voire quatre fois plus important chez les personnes relevant de populations précaires que chez celles de la population générale.

La perception de sa santé, le suivi régulier, l'acquisition de comportements sains et préventifs dépendent de l'éducation reçue et du milieu social, et des déterminants sociaux de santé. La position sociale aura une influence globale sur les comportements de santé (alimentation, facteurs psychosociaux, etc.) et par conséquent sur l'état de santé de l'individu. Le système de soins et les politiques de santé publique agissent également à différents niveaux.

Le concept de promotion de la santé, né dans le cadre de la charte d'Ottawa, vise à éduquer, motiver et diffuser massivement les attitudes de bonne santé, ce qui semble être la réponse la plus simple aux inégalités sociales de santé.



2 / Rapide rappel de l'histoire de la santé publique et la protection sociale en France

La santé publique naît à l'antiquité. A l'époque, il s'agit avant tout de fuir les épidémies. Au Moyen-Âge, elle prend la forme des hôpitaux et de la charité chrétienne. Les moines soignent plus que les médecins, et il est accordé plus de confiance aux prières qu'aux prescriptions. Toutefois, les malades sont malgré tout pris en charge.

Au Siècle des Lumières, une évolution de la charité vers l'assistance peut être constatée. Pour les grands esprits du siècle, la raison et la connaissance doivent permettre d'éradiquer la pauvreté et la maladie. A la Révolution, avec l'apogée de l'anatomie et la naissance de la clinique, la fonction du patient est certes de se faire soigner, mais également de faire avancer la médecine.

Au XIXe siècle, la loi du 7 août 1851 est la première trace évoquant les patients privés de ressources. A l'époque, les praticiens travaillent dans les hôpitaux le matin dans un but de philanthropie médicale et de recherche, et appliquent leurs bons soins à leur clientèle privée l'après-midi. En ce qui concerne la protection sociale, les premières avancées apparaissent au XIXe siècle, avec la création des sociétés de secours mutuel (dites « sociétés de prévoyance »), à adhésion libre et volontaire, mais souvent limitée à des corporations (par exemple, la société de prévoyance des gantiers). La véritable première avancée majeure est la création de l'aide médicale gratuite, le 15 juillet 1893, pour les femmes en couches et les patients démunis.

Au début du XXe siècle, le système d'assurance sociale se développe, avec la mise en place de la responsabilité sans faute des employeurs, l'extension de l'aide médicale gratuite, et la création de l'assurance vieillesse et des services sociaux (en 1914). En 1930, la quasi-intégralité des risques (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès) sont couverts. En 1932, les 1res prestations familiales apparaissent. Enfin, la sécurité sociale est créée en 1945. Dans l'ordonnance du 4 octobre 1945, il est indiqué que « *la sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toute circonstance, il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes* ».

Au cours des 30 glorieuses, avec la création de la 5e République, la protection de la santé des citoyens sera ancrée dans la Constitution, et l'essor économique fera en partie oublier les difficultés d'accès aux soins. Cependant, elles reverront le jour dès les années 70, avec le choc pétrolier, les crises et le développement de la nouvelle pauvreté, notamment dans les pays occidentaux. Lorsqu'il est question de nouvelle pauvreté, il est parfois évoqué la notion de « quart monde ». Celui-ci est le plus souvent lié à la modification des sphères familiales, aux crises financières et au chômage de masse. Il est à noter que le taux de chômage des 15-25 ans a quasiment doublé en 5 ans.

Face à la précarité et à ces difficultés d'accès aux soins, les politiques ont créé en 1988 le RMI, qui a depuis été remplacé par le RSA. En 1992, ils ont mis en place les dispositifs « précarité » dans les établissements hospitaliers, puis en 1998, les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) et enfin, en 2000, la CMU (Couverture Maladie Universelle). Toutes ces réactions ont été guidées par un seul principe, celui de l'égalité face aux soins, qui est né dans les établissements publics de santé, et repose sur les quatre piliers : l'égalité, l'universalité, la neutralité et la continuité. Chacun doit avoir accès à des soins sans discrimination aucune. Il est rappelé dans la loi du 31 juillet 1991 l'égal accès de tous aux soins. Ainsi, l'accès aux soins est encadré par la loi et inscrit dans nos codes législatifs.

Le cadre légal prévoit d'autres articles intéressants, qui portent notamment sur la réduction des inégalités de santé au travers de la promotion de la santé, le développement de l'accès aux soins, l'accès à la prévention et aux soins des populations fragiles en tant qu'objectif prioritaire de la politique de santé, ou encore les programmes régionaux de santé chargés de promouvoir l'égalité face à la santé.

Le droit à la santé est ancré dans la constitution française et garanti à tous, et notamment à l'enfant, à la mère et au vieux travailleur, la protection de sa santé. Le droit à la santé est également ancré dans d'autres conventions, comme la convention européenne. Il est protégé par deux systèmes, avec d'une part une protection juridique



de la santé (qui encadre le consentement, le secret médical, le droit à la dignité, l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap, l'obligation de moyens, etc.) et d'autre part la lutte contre les pathologies (incluant la prévention face aux addictions, la recherche médicale et la protection du milieu avec par exemple, en dentaire, le principe ALARA pour les radios).

3 / La couverture universelle et les aides actuelles

A l'heure actuelle, chaque citoyen français peut bénéficier du droit à la prise en charge de ses dépenses de santé : il s'agit de la protection universelle maladie (la PUMA), qui est en vigueur depuis le 1er janvier 2016. L'affiliation se fait par critère soit de résidence, soit d'activité salariale.

La CMU-C et l'ACS sont en pleine refonte, mais sont toujours d'actualité. La CMU-C est gratuite, et est destinée à toute personne qui réside de manière stable et régulière en France, dans certaines limites de ressources. Elle exonère le bénéficiaire de la participation forfaitaire et des franchises, ce qui facilite l'accès aux soins. Le droit au tiers payant est intégral, ce qui suppose que les dépenses de santé de l'assuré sont prises en charge à 100 %. Les bénéficiaires ont également droit au tiers payant social pendant un an (ils règlent les 30 % remboursés par la complémentaire, tandis que les 70 % remboursés par la sécurité sociale sont directement versés au praticien). Surtout, il a droit à un contrat de complémentaire santé à tarif préférentiel pendant un an. Il a également accès aux tarifs sociaux de l'énergie (qui ont été remplacé par l'attestation énergie), ainsi qu'à des tarifs préférentiels sur la téléphonie et sur les transports dans certaines communes (par exemple, à Reims, les bénéficiaires de la CMU-C profitent d'une réduction de 50 % sur les abonnements aux transports en commun).

L'aide à la complémentaire santé (activités sociales et culturelles) est attribuée sous condition de résidence et de ressources (35 % du plafond de la CMU). L'ACS se présente sous la forme d'une attestation chèque, dont le montant varie selon l'âge de l'assuré. Elle donne droit au tiers payant social lors de la souscription à l'ACS, puis au tiers payant intégral lors de la souscription d'un contrat de complémentaire santé, ainsi qu'à l'exonération des franchises et aux autres avantages

sociaux dont bénéficient les assurés de la CMU-C. Trois contrats, définis par décrets, sont prévus dans le cadre de l'ACS. La couverture est donc comparable, quelle que soit la complémentaire choisie par le bénéficiaire. Le contrat A couvre 125 % du tarif de la prothèse, le contrat B 225 % et le contrat C 300 %.

En outre, un panier de soins est prévu pour les patients qui bénéficient de la CMU-C ou de l'ACS. Il s'agit d'un nombre d'actes déterminés pour lesquels un tarif de responsabilité est fixé, et que les professionnels de santé doivent respecter, afin de permettre une prise en charge optimale du financement. A titre indicatif, le prix maximum de vente d'une couronne céramo-métallique à un patient bénéficiant de la CMU-C est de 410 euros (contre 650 euros, voire plus, pour un autre patient). Un patient qui a souscrit un contrat A de l'ACS se verra rembourser 134 euros. Il aura donc un reste à charge, alors que l'ACS est supposé favoriser la prise en charge des dépenses de santé. Même avec le contrat C, le reste à charge sera de 90 euros.

L'aide médicale d'état est quant à elle dite « de droit commun », et doit permettre de répondre à la demande de protection médicale des étrangers. Elle est accordée sous conditions de ressources, et la résidence en France doit être ininterrompue depuis plus de 3 mois. Une AME pour soins urgents, lorsque le pronostic vital de l'individu est engagé, existe également. L'AME dite « humanitaire » n'est, elle, accordée qu'à titre exceptionnel.

Au-delà de ces alternatives offertes par les CPAM et les pouvoirs publics, beaucoup d'associations, d'initiatives solidaires et de plans locaux de santé œuvrent pour favoriser au maximum l'accès aux soins pour tous les individus. Par exemple, le centre Marlet de promotion de la santé offre des consultations, en lien avec le trésor public et la CAF, aux individus les plus en situation de précarité. De même, l'institut régional pour la santé organise des journées « santé », durant lesquelles des professionnels se déplacent au plus près des populations. Le bus social est également bien connu.

Ces dispositifs permettent de se rapprocher des populations, et de leur offrir des soins.



4 / L'attitude du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste est, dans son exercice quotidien, guidé par l'éthique. Les principes éthiques lui imposent :

- de ne pas nuire ;
- d'agir dans l'intérêt de son patient ;
- de faire preuve de bienveillance envers ses semblables ;
- de respecter la liberté d'accès, de volonté et d'action de son patient ;
- d'être égalitaire et de faire preuve d'équité.

Le chirurgien-dentiste est à la fois un professionnel de santé; mais également un gestionnaire. L'exercice libéral, qui est majoritaire en France à l'heure actuelle (plus de 85 % des chirurgiens-dentistes sont libéraux), entraîne des charges importantes. Il est communément admis que les soins courants, dont le tarif est imposé (chirurgies, soins conservateurs, détartrages, etc.), sont insuffisants pour que l'exercice financier soit positif. Ce sont les soins prothétiques qui constituent l'élément d'équilibre au sein des cabinets, et qui permettent de générer une certaine rentabilité. Pour les patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, cette rentabilité sera nécessairement inférieure, car les tarifs des prothèses sont fixes.

Ces patients ont souvent une image négative. Ils manqueraient de motivation, ou ne se présenteraient pas aux rendez-vous. Il est possible de comprendre les praticiens qui, en 2018, ne souhaitent plus poser de couronnes métalliques, ce qui constitue cependant un facteur d'exclusion pour ces patients. A l'inverse, l'inclusion suppose d'accueillir le patient dans un cadre bienveillant (le cabinet dentaire). Celui-ci rencontre une personne ayant une position sociale figée, un chirurgien-dentiste. La dimension sociale du sourire ni l'importance que celui-ci peut avoir pour réinclure un individu dans la société ne sauraient être ignorées. En effet, avec des dents manquantes, trouver du travail peut s'avérer très difficile. En outre, le patient doit bénéficier d'une prise en charge individuelle, spécifique et adaptée, ce qui lui permettra de se recentrer en tant qu'individu.

Le praticien doit alors promouvoir une attitude positive, mais également encourager son patient et s'adapter à lui. Il doit personnaliser la prise en charge et favoriser la prévention.

5 / Conclusion

Le droit à la santé reste un des fondements de notre société. La lutte contre les inégalités sociales paraît être la réponse la plus simple pour lutter contre les inégalités de santé, qu'elles soient liées à l'accès aux soins ou à l'état de santé des individus. Les coûts des dispositifs doivent être pris en considération, mais sont à relativiser. Nous restons la France, et notre devise est « liberté, égalité, fraternité ». De plus, le budget de la santé reste inférieur à ceux de l'armement ou de l'éducation.

Dans le cadre de la prise en charge des patients en situation de précarité, il est très important de respecter un gradient thérapeutique, de laisser au patient toutes ses chances, même en cas de rupture de soins, et de toujours favoriser une prise en charge sociale.

Je vous remercie.



Pr Corinne TARDIEU

La prochaine intervenante, le Dr Solveig Vautey, appartient à l'équipe de Clermont-Ferrand.

V / Analyse des pratiques et croyances des professionnels médicaux et sociaux concernant la santé orale des personnes en situation de précarité



**Dr Solveig Vautey,
UFR d'odontologie
Université Clermont Auvergne**

Bonjour à tous. Je tiens à remercier l'ASPBD pour son invitation. Les trois collaborateurs qui sont présents aujourd'hui avec moi (le Dr Frédéric Merson, le Dr Estelle Machat, et le Pr Stéphanie Tubert) s'associent à ces remerciements. Je suis praticien hospitalier au centre de soins dentaires, dans le service de la permanence des soins de Clermont-Ferrand.

Nous souhaitons vous présenter aujourd'hui une analyse des pratiques et croyances des professionnels médicaux et sociaux en ce qui concerne la santé orale des personnes en situation de précarité.

Une analyse de la littérature nous a permis de dresser trois constats. Le premier, que nous avons déjà évoqué aujourd'hui, est qu'il existe des inégalités dans tous les domaines de la santé. La santé bucco-dentaire n'échappe pas à cette règle, puisque les pathologies orales sont distribuées selon un gradient social. Les populations en situation de précarité présentent des besoins en santé orale plus importants que la population générale et sont confrontées à une multitude de barrières, qui relèvent d'une dynamique complexe, et qui sont liées à la fois à leur situation personnelle et au système de soins dentaires.

Le deuxième constat est que la santé orale et la santé générale sont interdépendantes, en raison de facteurs de risques communs. Par exemple, l'obésité, le diabète et les maladies bucco-dentaires ont un facteur de risque commun, l'alimentation sucrée.

Le troisième constat est que les textes de loi, et notamment les politiques de santé nationales déclinées au niveau régional (comme les programmes régionaux d'accès aux soins et à la prévention) offrent un cadre cohérent au développement d'actions en santé orale. Il s'agit d'assurer un parcours de soin adapté à la personne par une organisation coordonnée de l'offre tant en termes d'accès aux droits qu'en termes de soins, en travaillant sur l'articulation entre les différents acteurs, quel que soit leur champ d'intervention (travailleurs sociaux, structures sociales d'hébergement, offre libérale, structures médico-sociales, structures sanitaires incluant notamment les permanences d'accès aux soins et les équipes mobiles santé précarité, etc.).

Pour mener une approche territoriale dans le Puy-de-Dôme, il nous est apparu que nous devions recruter au sein de structures qui agissent en amont du système de soins dentaires, et qui développent des actions destinées aux publics en situation de précarité (par exemple, Médecins du Monde, Solidarité Santé, Relais Santé, les dispensaires, etc.). Ainsi, ces structures pourraient intégrer la santé orale à leurs actions, en cohérence avec les textes du PRAPS.

Cependant, afin de développer des actions de lutte contre les inégalités de santé orale, il nous faut au préalable comprendre la position des professionnels vis-à-vis de celle-ci. La problématique les interpelle-t-elle ? S'en préoccupent-ils ? Nous nous sommes donc interrogés sur les croyances et les pratiques des professionnels vis-à-vis de la santé orale.

Le principal objectif de notre étude était d'analyser au niveau du département les pratiques et les croyances en matière de santé orale des professionnels intervenant dans le champ de la précarité, de vérifier s'ils identifiaient une interdépendance entre santé orale et santé générale d'une part, et entre santé orale et précarité d'autre part, et de comprendre comment ils approchaient le public en situation de précarité. Ainsi, nous avons étudié leur stratégie de détection et les manières dont ils accompagnaient et orientaient leurs patients.

Nous avons réalisé une étude qualitative, car la littérature dans ce domaine est peu explorée.



Des entretiens semi-structurés ont également été organisés, avec une approche pluridisciplinaire. Quatre chercheurs ont participé à cette étude (trois en odontologie et un en psychologie sociale).

L'étude est toujours en cours. A ce stade, 18 acteurs médico-sociaux ont été recrutés pour être interrogés, sur la base de la méthode de l'« échantillon boule de neige », dans des structures qui reçoivent des publics en situation de précarité et qui travaillent sur la réinsertion sociale et la santé. Le recrutement a été territorial, et a commencé par la ville. Il s'est fait via le groupe Santé précarité de Clermont-Ferrand, un regroupement de professionnels qui partagent des missions communes autour de la précarité. Y participent des médecins, des personnels administratifs, des structures sanitaires et sociales, des structures d'hébergement, etc. Il organise régulièrement des réunions et des ateliers. Les premiers contacts ont été pris au sein de ce regroupement, avant que l'étude soit élargie à d'autres acteurs du département. In fine, l'échantillon est pluridisciplinaire. Il intègre des médecins, des coordinateurs de structure, des infirmiers, des médiateurs sanitaires et sociaux ainsi que des assistantes sociales.

Une grille d'entretien a été rédigée, ce qui s'est avéré complexe, car la problématique étudiée était particulièrement large. Une première grille a été conçue à partir de la littérature disponible, puis des entretiens exploratoires ont permis de l'affiner. Elle a encore été améliorée au fil de l'analyse et du codage, afin de mettre en place une grille définitive, qui est déclinée en fonction du domaine dont relève la personne interrogée (secteur médical, social, etc.). Elle comprend quatre thématiques : les représentations, les attitudes et les stratégies, l'accès aux soins, et les pistes d'amélioration.

Les résultats que je vous présente aujourd'hui constituent des résultats préliminaires, car sur 18 entretiens, seulement 8 ont été codés et 6 ont été analysés en intégralité. Ce nombre peut paraître faible, mais la recherche qualitative est très chronophage. Toutefois, si l'analyse est toujours en cours, des pistes émergent déjà de ces résultats préliminaires.

Quatre résultats principaux sont à noter. Premièrement, les professionnels interrogés constatent d'importants besoins en santé orale chez leurs patients. Par exemple, un médecin nous a indiqué qu'il ne se passait pas une journée sans qu'il reçoive en consultation un patient pour une douleur dentaire. En outre les professionnels perçoivent un lien entre précarité et problèmes de santé orale, au travers de facteurs de risques spécifiques à cette dernière comme l'alimentation, l'hygiène bucco-dentaire ou les addictions. Par exemple, une coordinatrice a fait le lien entre précarité et mauvaise alimentation ou hygiène de vie.

Deuxièmement, les professionnels interrogés perçoivent les conséquences sur plusieurs plans d'une santé orale dégradée, et en premier lieu sur la santé physique générale (notamment via la nutrition, l'absence de dents générant par exemple des problèmes de mastication, ce qui peut entraîner des pertes de poids). Ainsi, le cas d'une femme d'une trentaine d'années qui n'avait plus de dents (ce qui entraîne des problèmes alimentaires et de poids, car elle a du mal à s'alimenter correctement) nous a été signalé. La santé orale dégradée a également des conséquences psychologiques. Par exemple, une infirmière nous a indiqué qu'un patient était très soucieux, car il se demandait quand il pourrait manger normalement. Ce type de problématiques quotidiennes peut devenir un enfer pour les patients.

La santé orale dégradée apparaît également aux professionnels comme un marqueur social, vis-à-vis de la relation avec les autres, mais également de la recherche d'emploi. Certains évoquent une véritable stigmatisation. Par exemple, une médiatrice en santé nous a fait part de la souffrance sociale qui accompagnait le fait ne pas pouvoir partager un repas. Des patients refusent une invitation parce qu'ils ne peuvent pas mastiquer. L'esthétique est également un problème. Ne pas pouvoir sourire constitue un frein à la recherche d'emploi. De plus, les problèmes dentaires sont souvent reliés à la pauvreté, ce qui est également une forme de stigmatisation. Certaines personnes n'osent plus sortir dans la rue.

Ainsi, il nous a été raconté l'histoire d'une femme qui avait noué une relation amoureuse sur internet avec un homme, mais ne l'a rencontré que lorsqu'elle a été appareillée.



Troisièmement, les professionnels identifient une multitude de barrières à l'accès aux soins, qui sont liées à la précarité. Ils expliquent le contexte de vulnérabilité dans lequel se trouvent les personnes en situation de précarité, qui conduit parfois à la construction d'une logique de recours aux soins qui leur est propre, et les défavorise, car elle peut aller jusqu'au renoncement, voire parfois à l'exclusion du système de soins. Nous avons classé ces barrières, qui incluent la méconnaissance des droits, le frein financier, l'image du dentiste, la littératie (certaines personnes ne sont pas capables de remplir un document pour une demande exceptionnelle), le transport, le rapport à la santé, etc.

Quatrièmement, si le besoin en soins est perçu comme important, en pratique, l'évaluation de la santé orale par les professionnels n'est pas systématique et dépend de la demande de l'utilisateur. Les professionnels se sont montrés gênés de dire qu'ils étaient intéressés par le sujet, mais que, malheureusement, ils n'avaient pas le temps de s'en occuper, ou ne pouvaient l'aborder avec les patients. Un médecin a indiqué qu'il n'avait pas le réflexe d'insister sur ces soins ou de leur proposer une consultation, à moins d'une urgence. Cette dernière est souvent ce qui brise le tabou, et impose au professionnel de trouver une solution.

Ces principaux résultats (la perception de besoins en santé orale importants chez les personnes en situation de précarité ; la perception des conséquences physiques, psychologiques et sociales d'une santé orale dégradée ; l'identification d'une multitude de barrières à l'accès aux soins liées à la précarité, le non systématisme de l'évaluation de la santé orale des patients) constituent des pistes de travail intéressantes pour identifier de nouvelles actions à mettre en œuvre. Un grand nombre de barrières ont été identifiées par les professionnels, et ont été classées au travers d'un processus en quatre étapes, inspiré notamment du schéma de Levêque.

Ce schéma s'inscrit dans le temps. Le patient et le professionnel doivent avoir perçu le besoin en soins dentaires avant de décider d'un recours. Suivent l'accès primaire au système de soins puis une prise en charge effective, qui aboutira, nous l'espérons, à une amélioration de la santé du patient.

Les barrières peuvent intervenir à ces quatre niveaux du parcours de la personne. Elles peuvent être distinguées entre barrières relatives à l'individu et barrières liées au système de soins. Parfois, elles relèvent de ces deux catégories. Par exemple, les problèmes de transport peuvent être liés à la mobilité de la personne, mais également à la répartition géographique des structures dans le département. En outre, les personnes ne perçoivent pas toujours leur besoin, par exemple parce qu'elles ne ressentent aucune douleur alors qu'elles ont des caries. Si le besoin n'est pas perçu, la décision de recours ne peut être prise. Le frein financier intervient plutôt dans le cadre de l'accès secondaire, à la fin du dispositif. Des personnes vont jusqu'au bout de la démarche, mais au moment de l'établissement du devis par le chirurgien-dentiste, ne peuvent aller au terme de la prise en charge pour des raisons de coût.

Nous avons noté que si les blocages sont bien identifiés, en pratique, la santé orale n'est pas prioritaire, sauf en cas de demande expresse de l'utilisateur ou d'une urgence caractérisée par la douleur. Nous constatons ici une forme de fragmentation. Les professionnels présentent une philosophie de l'approche globale et ont conscience de la logique du parcours, mais l'accompagnement vers la santé orale reste complexe, en raison de la difficulté d'aborder le sujet (la bouche restant un sujet tabou), et du fait que celui-ci ne constitue pas une priorité pour les patients, qui ont le plus souvent d'autres problèmes à gérer (liés, par exemple, au logement).

Nous proposons de poursuivre, au travers des entretiens, l'analyse des pratiques et stratégies des professionnels vis-à-vis des besoins de santé. Nous étudierions en particulier comment ils procèdent pour dépister ces derniers et orienter leurs patients. En outre, les acteurs ont exprimé beaucoup de besoins de formation. Nous approfondirons ce point afin de proposer, par exemple, des maquettes de formation interprofessionnelles. Enfin, certaines barrières à l'accès aux soins sont induites par les croyances des professionnels, et dont ils n'ont pas toujours conscience. Par exemple, une infirmière pensait que les soins proposés à la faculté dentaire étaient gratuits. Elle a donc adressé des patients vers cet établissement.



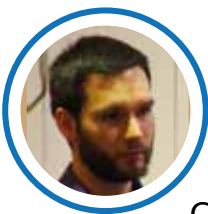
De même, certains professionnels pensent que les prothèses posées dans le cadre de la CMU n'impliquent aucun reste à charge pour le patient. Cependant, les professionnels sont demandeurs d'informations supplémentaires sur le système de soins dentaires.

La richesse de la recherche qualitative est qu'elle permet d'explorer des thématiques très larges. Notre étude a permis de faire émerger des pistes de collaboration en santé orale, et de voir que les acteurs de terrain rencontraient les mêmes difficultés que nous, notamment s'agissant des inégalités de santé. Nous pourrions donc collaborer avec eux afin d'identifier des actions sur cette thématique. Intégrer l'odontologie aux autres dimensions de la santé est légitime mais reste ambitieux, et nécessite beaucoup d'énergie. Merci de votre attention.

Pr Corinne TARDIEU

Le Dr Alexandre Baudet va maintenant évoquer la prise en charge bucco-dentaire des jeunes étrangers se déclarant mineurs non accompagnés en Meurthe-et-Moselle.

VI / Prise en charge bucco-dentaire des jeunes étrangers se déclarant mineurs non accompagnés en Meurthe-et-Moselle, en 2017



Dr Alexandre BAUDET, faculté d'odontologie de Lorraine Université de Lorraine

Bonjour à tous. Le Dr Céline Clément, maître de conférence des universités et praticien hospitalier, et moi-même, le Dr Alexandre Baudet, assistant hospitalo-universitaire dans le département de santé publique de la Faculté dentaire de Nancy et au service des urgences du CHRU de Nancy, allons vous présenter la prise en charge bucco-dentaire des jeunes étrangers se déclarant mineurs non accompagnés en Meurthe-et-Moselle en 2017.

L'immigration et les migrants sont des termes très présents dans les discours de nos différents responsables politiques, et peut-être plus encore ces dernières années où règne dans les débats publics une certaine tension sociale, liée à

un contexte économique difficile, mais aussi une crainte générale de l'étranger, exacerbée par les crises géopolitiques et les conflits au niveau international. Sources de fantasmes particulièrement tenaces au cœur de nos sociétés, les migrants qui parviennent dans notre pays à l'issue d'un parcours semé d'embûches et de drames, pour fuir les conflits ou les situations économiques difficiles de leur pays d'origine, subissent alors un véritable parcours du combattant pour parvenir à régulariser leur situation, en raison des différentes étapes administratives, mais également du fait d'une réglementation changeante et de plus en plus ferme. Il est une catégorie de migrants, peut-être la plus fragile d'entre elles, qui n'échappe pas à ces difficultés, celle des mineurs non accompagnés. Ce sont des mineurs qui quittent, seuls, leur pays d'origine, pour chercher à l'étranger des conditions de vie plus favorables.

A l'échelle mondiale, 31 millions d'enfants se trouvent aujourd'hui en dehors de leurs pays. Au niveau européen, environ 5,4 millions d'enfants sont migrants, et 700 000 se déclarent non accompagnés. En 2017, ils étaient 15 000 sur le territoire français.

Ces jeunes constituent une patientèle particulière, car ils présentent des vulnérabilités multiples dues à leur parcours. Ils proviennent de pays en voie de développement, où la pauvreté, et parfois la violence, est importante. De plus, le système de santé y est peu évolué, et les pathologies infectieuses (VIH, hépatites, tuberculoses, etc.) y sont endémiques. En outre, le processus vaccinal n'est souvent pas correctement installé, ou bien la traçabilité des vaccinations n'est pas assurée.

La migration constitue une véritable épreuve psychologique (car ces jeunes doivent quitter leur famille, leurs proches et leur culture), mais également physique. Ceux qui viennent d'Afrique Central doivent traverser le désert puis la Méditerranée. Leurs parcours sont variés et complexes, et ils peuvent être en proie à un certain nombre de violences au cours de leur déplacement. Parfois, ils doivent recourir à la prostitution pour payer leurs passeurs. Lorsqu'ils arrivent en France, ils présentent souvent des pathologies, et notamment des pathologies infectieuses. L'arrivée en France n'a elle-même rien de simple.



Outre les problèmes psychiques que leur parcours a pu susciter, ils sont confrontés aux barrières linguistiques et culturelles. Ils se retrouvent parfois en situation d'errance, et de précarité administrative et sociale.



Dr Céline CLEMENT,
faculté d'odontologie de Lorraine
Université de Lorraine

Le dispositif « mineurs non accompagnés » est issu de la circulaire du 31 mai 2013, qui a été renforcée par la loi du 14 mars 2016 (relative à la protection de l'enfance). Le dispositif a été mis en place afin de permettre une mise à l'abri, une évaluation et une orientation du jeune demandeur d'asile. Cette prise en charge consiste en premier lieu à déterminer si le jeune est effectivement mineur et isolé. A cet effet, le conseil départemental du lieu où le jeune s'est fait connaître des autorités (essentiellement judiciaires) mène tout d'abord un premier entretien qui confirme ou infirme la nécessité d'une mesure de protection immédiate. Ce premier entretien a pour but d'écarter les jeunes dont la majorité est claire, et ceux qui viennent d'un autre département et qui ont été redirigés pour formuler une nouvelle demande de prise en charge. Durant la période de mise à l'abri, dans le département de Meurthe-et-Moselle, ces jeunes sont hébergés dans des hôtels de la ville de Nancy ou dans des lieux mis à disposition par la métropole ou par l'Armée du salut.

A l'issue de ce premier entretien, le conseil départemental accueille le jeune pour une durée qui peut aller jusqu'à 5 jours, dans le cadre d'un accueil provision d'urgence (appelé « mise à l'abri »). Au cours de ces 5 jours, les services du département doivent évaluer la minorité et l'isolement du jeune à l'aide d'entretiens individuels et de documents potentiellement fournis par le jeune, le tout formant un faisceau d'indices. A l'issue de cette démarche, le conseil départemental saisit le procureur de la République, qui pourra, en fonction des résultats de l'évaluation, ordonner un classement sans suite si la minorité et/ou l'isolement ne sont pas reconnus, ou bien décréter une ordonnance de placement provisoire (l'OPP), qui permet au jeune reconnu mineur et isolé d'être

du juge des enfants saisi par le procureur de la République, décision qui doit être prise dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

Si le statut du jeune n'a pu être établi avec certitude dans les 5 jours, le procureur de la République prononce une ordonnance de placement provisoire qui garantit au jeune sa protection auprès du conseil départemental le temps que l'évaluation aboutisse. Le juge des enfants doit alors être saisi dans les 8 jours. Il acte le maintien provisoire du jeune sous la protection du département, et prolonge l'ordonnance de placement provisoire, notamment dans le cas où les investigations demandent plus que les 8 jours supplémentaires déjà accordés.

Si le doute persiste, le parquet (et seulement lui) peut ordonner une expertise médicale de l'âge. Une fois les résultats connus, le juge des enfants peut ordonner une mainlevée de l'OPP (si la minorité du jeune et/ou son isolement n'ont pas été établis), ou bien ordonner le placement du jeune mineur non accompagné dans le département qu'il aura déterminé en application du dispositif d'orientation nationale de 2013.

Une fois que le jeune est placé sous la responsabilité du département par la justice, il appartient à celui-ci de mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour garantir un soutien matériel, éducatif et psychologique au titre de l'aide sociale à l'enfance à laquelle le jeune a maintenant accès de plein droit (selon le code de l'action sociale des familles). Cette mise sous tutelle n'est pas automatique, malgré le statut de mineur isolé du jeune, du fait de la disjonction des compétences qui existe entre le juge des enfants (qui valide l'adhésion du jeune à l'aide sociale à l'enfance) et le juge des tutelles (qui est le seul habilité à ordonner une mise sous tutelle). Le rapport des sénateurs Doineau et Godefroy a mis en évidence que la mise sous tutelle pouvait parfois attendre jusqu'à 8 mois, ce qui pose problème pour la prise en charge médicale.

Pendant cette période de protection, les jeunes sont placés, en fonction de leur degré d'autonomie, dans des hôtels, dans les centres de formation de la chambre des métiers, dans des foyers, dans des accueils citoyens ou dans les centres du DAMIER (Dispositif d'Accueil des



Mineurs Isolés Etrangers de l'association Réalise, qui propose des appartements où les jeunes vivent en collocation).

L'accès aux soins de ces jeunes constitue une problématique épineuse. Si l'article n° 24 de la convention internationale relative aux droits de l'enfant précise bien que les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier des services médicaux et de rééducation, et s'efforcent de garantir qu'aucun enfant n'est privé du droit d'avoir accès à ces services, dans les faits, ces mineurs constituent une population qui présentent des besoins médicaux indéniables et spécifiques, et nécessitent souvent une prise en charge sans délai par des professionnels de santé formés.

En France, l'accès aux soins est conditionné par l'obtention d'une couverture sociale. Une fois reconnu mineur, et après avoir intégré à l'aide sociale à l'enfance, un jeune peut être affilié à la PUMA de base, et parfois à la CMU complémentaire, comme le précise la circulaire de 2011 sur la direction de la sécurité sociale. Cependant, tant que son statut de mineur non accompagné n'est pas reconnu, un jeune en cours d'évaluation ne peut bénéficier que de soins dits urgents, pris en charge par le département. Or, le délai pour l'accord de ce statut peut atteindre 8 mois.

En outre, le consentement du mineur par un représentant légal peut également poser problème. Le professionnel de santé doit rechercher ce consentement lorsqu'il soigne un mineur, ce qui peut être difficile tant que le mineur ne fait pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une délégation d'autorité parentale.

Dr Alexandre BAUDET

Les données du conseil départemental montrent que les jeunes proviennent essentiellement de zones défavorisées (la Guinée, le Mali, la Côte-d'Ivoire, l'Albanie, etc.), et ont des faibles moyens économiques. Ils viennent majoritairement de l'Afrique, et pour une petite partie d'entre eux de l'Asie et de l'Europe de l'Est. Ils ont le plus souvent entre 15 et 17 ans. Le nombre de jeunes qui entrent sur le territoire est multiplié par deux tous les ans depuis 2013, ce qui ne manque pas d'inquiéter. Ils étaient environ 50 en 2013, et sont plus de 500 dans le département aujourd'hui.

La prise en charge s'est donc complexifiée, car le département a dû trouver de nouveaux logements, mais les structures sanitaires doivent également identifier de nouveaux moyens d'accompagner ces jeunes en matière de santé.

Par conséquent, nous avons réalisé une étude avec l'un de nos étudiants qui prépare sa thèse sur le sujet. Nous avons recensé les jeunes que nous avons accueillis en 2017, et étudié leurs données bucco-dentaires. 88 % de ces jeunes sont des garçons, et leurs pays d'origine sont ceux annoncés par le département. Ils sont vus par le service de lutte antituberculeuse, afin de vérifier qu'ils ne pénètrent pas dans les locaux hospitaliers avec la tuberculose, risquant ainsi de contaminer d'autres patients ainsi que les médecins. Une fois qu'ils disposent de la CMU, ils passent d'autres examens de dépistage (notamment la sérologie pour les pathologies infectieuses comme les hépatites ou le VIH, et des examens pour les maladies parasitaires comme la bilharziose).

71 % de ces jeunes n'ont jamais été traités par un dentiste de leur vie. 69 % souffrent de douleurs dentaires. Ils sont donc pris en charge en premier lieu pour des urgences.

Dr Céline CLEMENT

Ils n'ont que très peu de connaissances en matière d'hygiène dentaire, et maintiennent les pratiques d'hygiène de leur pays d'origine, en dépit du kit fourni par le département.

Ces jeunes se trouvent dans une très grande vulnérabilité sociale et économique. Nous estimons que, dans le cadre de notre service, nous devons tous être formés sur leurs conditions de venue sur notre territoire, car nous ignorons le plus souvent tout de leur vécu, et il est alors difficile de ne pas leur faire peur. Les représentations sont importantes, car nos approches peuvent être extrêmement brutales, y compris pour nos enseignants. Nous devons donc mieux nous former, avant tout pour nos étudiants.

Pr Emmanuel VIGNERON

Certains participants à cette journée s'interrogent sur les conséquences de la mesure du « zéro reste à charge » sur les prothèses dentaires. Cette mesure n'est pas encore en application, car la convention ne s'appliquera qu'en avril 2019.



Par conséquent, j'invite toutes les facultés qui en ont la possibilité d'organiser des études sur le sujet en vue des prochaines journées de santé publique, afin d'analyser les conséquences de cette mesure sur les pratiques.

En outre, je profite de la présentation qui vient d'être faite, constatant la présence de nos confrères de Côte-d'Ivoire et d'Abidjan, pour souligner que les questions de migration posent des problèmes de relation culturelle dans les domaines de santé. Il serait intéressant de travailler ensemble, entre facultés, non seulement sur les questions scientifiques, mais également sur la manière dont nous appréhendons la culture de la santé et la promotion de celle-ci, afin que nous puissions, en France et en Europe, mieux adapter nos techniques et nos initiatives de promotion de la santé à la culture et à l'approche qui peut exister ailleurs, et notamment en Afrique.

Pr Corinne TARDIEU

J'appelle tout de suite l'équipe du Val-de-Marne.

VII / Étude de l'impact des déterminants socio-économiques et démographiques sur la santé dentaire des enfants scolarisés dans le Val-de-Marne



Dr Carol Anne HEIWY

Bonjour à tous et à toutes. Je vous présente aujourd'hui une étude réalisée par le service de promotion de la santé bucco-dentaire du conseil départemental du Val-de-Marne, en collaboration avec l'observatoire départemental de ce même conseil départemental.

Je tiens à dédier cette présentation à notre collègue et confrère, le Dr Philippe HUGUES.

Après avoir présenté le service au sein de sa direction, j'exposerai le contexte qui a justifié notre demande d'aide auprès de l'observatoire départemental pour la réalisation de cette étude.

Je présenterai ensuite les enjeux et objectifs de celle-ci, la méthode statistique utilisée, et les résultats que nous avons obtenus.

1 / Le service

Le service de promotion de la santé bucco-dentaire est né de la volonté du conseil départemental de combattre et de réduire les inégalités sociales de santé en mettant en place un programme de prévention bucco-dentaire dès 1991. Celui-ci a tout d'abord été axé sur des actions de prévention primaire au sein des structures départementales de l'enfance et de la petite enfance, puis a été enrichi d'un volet de prévention secondaire en 1994. En 2004, il a intégré des populations spécifiques comme les jeunes en situation de handicap, et en 2008, les tranches d'âge ont été élargies aux classes de sixième et cinquième. Le service fait partie de la direction de la protection maternelle et infantile et de la promotion de la santé, qui est organisée en sept territoires de gestion PMI sur le département du Val-de-Marne.

En matière de prévention secondaire, le dépistage contribue à évaluer et à adapter le programme porté par le service. Depuis 2007, l'ensemble des élèves en CE1 des écoles publiques du département fait l'objet d'un dépistage sur deux années scolaires. Ce dépistage permet d'établir une carte de la maladie carieuse, ville par ville, école par école, et par conséquent d'aider à la conception d'actions. Il permet également d'inciter à la réalisation de soins précoces.

2 / Le contexte

Après une amélioration lente mais régulière de l'état de santé bucco-dentaire des CE1, force a été de constater une légère dégradation à partir de 2009. Les cartes réalisées à partir des bilans d'activité du secteur dépistage montrent qu'il existe à la fois une forte disparité du pourcentage de sujets avec carie entre les territoires de gestion PMI, mais également des disparités au sein d'un même territoire entre les différentes villes. Toutefois, les sept territoires de gestion ont vu leur moyenne de sujets avec caries augmenter entre 2009 et 2012.

Parce que l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique qui sont en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel, le service de promotion bucco-dentaire s'est rapproché de



l'observatoire départemental pour analyser plus finement ce contexte socio-économique à l'échelle du Val-de-Marne, de manière à améliorer notre meilleure compréhension de la santé dentaire des CE1, et à mieux identifier les inégalités territoriales et surtout leur dynamique d'évolution. Cette démarche devait nous permettre d'améliorer la visibilité et la valorisation des actions mises en œuvre, mais également de nourrir la réflexion en cours sur la réorganisation territoriale du programme de prévention bucco-dentaire et de partager avec les autres acteurs des politiques sociales (comme la direction de l'action sociale, la direction de l'aménagement et du développement du territoire, ou la direction de l'habitat).

3 / L'étude

L'expertise de l'observatoire départemental nous a permis d'objectiver l'état de santé dentaire des territoires et leur évolution grâce à des indicateurs précis, et de rechercher des facteurs explicatifs d'ordre sociaux, démographiques ou économiques, à partir d'analyses croisées et multivariées. En effet, nos analyses descriptives univariées, réalisées à partir de notre indice CAO, avaient atteint leurs limites.

Deux types de données ont été utilisées : des données dent par dent relatives à 28 148 élèves de CE1 qui ont l'objet d'un dépistage en 2007 ou 2012 (les données de l'INSEE ne sont disponibles que tous les 5 ans, ce qui explique le choix de ces années) ; des données socio-économiques et démographiques de l'IRIS, qui constituent une base pour la diffusion de données infra-communales.

Il a été nécessaire d'engager un long travail de rapprochement afin de croiser la carte scolaire de l'éducation nationale et les données de l'IRIS, en faisant correspondre les segments de rue avec les limites de ces dernières. Ce travail a amené à l'identification d'un zonage de 240 secteurs scolaires. Grâce à l'outil BaBord, les données socio-économiques et démographiques ont été recalculées à l'échelle de ces secteurs. Ensuite, nous avons tâché d'établir un lien entre la santé dentaire des secteurs scolaires et les données économiques.

La santé dentaire des enfants a été définie par quatre indicateurs, déterminés sur la base de

l'indice CAO (dents cariées, dents absentes pour raison carieuse ou dents obturées en denture mixte). Nous avons ensuite cherché à qualifier la santé dentaire des territoires et des secteurs scolaires en constituant des groupes homogènes, selon le poids des indicateurs, grâce à la méthode statistique des arbres de classification. Une analyse discriminante linéaire nous a permis de croiser les données socio-économiques et démographiques d'un secteur scolaire et son état de santé dentaire. Enfin, un arbre de classification des données réunies de 2007 et 2012, et un test du χ^2 nous ont permis d'identifier et de comprendre les évolutions de l'état de santé dentaire des territoires.

Les quatre indicateurs en question sont les suivants :

- le poids des enfants jamais atteints par la maladie carieuse ;
- le poids des enfants en bonne santé dentaire (ceux qui ne présentent pas de carie active le jour du dépistage, mais qui ont un passif carieux) ;
- le poids des enfants en mauvaise santé dentaire (qui présentent un nombre de caries inférieur ou égal à trois le jour du dépistage) ;
- le poids des enfants en très mauvaise santé dentaire (qui présentent plus de trois caries en bouche le jour du dépistage).

Ce nombre de trois a été déterminé en fonction d'une courbe de Gauss.

4 / Les résultats de l'étude

Ces quatre indicateurs nous ont permis d'établir une première carte. En 2007 comme en 2012, 64 % des CE1 sont en très bonne ou bonne santé dentaire dans le département, et 9,5 % sont en très mauvaise santé dentaire. Toutefois, une forte disparité peut être constatée dans le département, avec notamment une opposition entre est et ouest. En outre, cette carte a remis en cause certains de nos a priori. Par exemple, les écoles Paul Bert à Villeneuve-Saint-Georges et Les Chalets à Saint-Maur présentent un taux d'enfants en bonne ou très bonne santé dentaire de 32 %. Ce taux deux fois inférieur à la moyenne du département est peu étonnant pour Villeneuve-Saint-Georges, mais beaucoup plus pour Saint-Maur.



A regarder de plus près, il apparaît que ces deux écoles dépendent de quartiers relevant d'une politique de la ville, ce qui pourrait expliquer cette situation. Pour autant, une autre école, dépendant également d'un quartier « politique de la ville », à Fontenay-sous-Bois, présente un taux de 75 % d'enfants en bonne ou très bonne santé dentaire.

Par ailleurs, s'il est aisé de faire ressortir les territoires qui présentent une proportion élevée d'élèves en très bonne ou en très mauvaise santé dentaire, il reste difficile de caractériser la santé dentaire d'un secteur scolaire qui présente des résultats proches pour les quatre indicateurs. L'observatoire départemental intervient ici, grâce à la méthode statistique des arbres de classification. Il s'agit d'identifier le seuil relatif à chaque indicateur de niveau d'atteinte carieuse à partir duquel il peut être considéré que la santé dentaire d'un territoire ou secteur scolaire est très bonne, bonne, mauvaise ou très mauvaise. Cette méthode nous a permis de garantir la classification de la santé dentaire dans les différents secteurs scolaires de manière homogène, grâce à la constitution de cinq groupes homogènes de santé dentaire.

En 5 ans, le nombre de secteurs scolaires en très bonne santé dentaire a quasiment doublé, tandis que le nombre de ceux en mauvaise santé dentaire a diminué de moitié. Toutefois, le nombre de secteurs scolaires en très mauvaise santé dentaire est resté stable. Grâce à ces groupes homogènes, nous avons réalisé une nouvelle carte, qui confirme les disparités territoriales ainsi que l'opposition entre est et ouest, et montre une amélioration de la santé dentaire dans une grande partie du val de Bièvre, c'est-à-dire le nord-ouest du département (Arcueil, Cachan, etc.), mais une légère dégradation dans les communes du Val-de-Sein comme Ivry, Vitry et Charenton.

Les inégalités de santé dentaire des secteurs scolaires s'expliquent par une concentration de facteurs et d'obstacles sociaux en lien avec la pauvreté, le niveau d'étude des deux parents (notre étude se distingue des autres sur ce point, car jusqu'à présent, les études s'intéressaient avant tout au niveau de scolarité de la mère, et non des deux parents), le niveau de revenu, la répartition des catégories socio-professionnelles, et la composition des ménages.

Les 19 indicateurs sociaux, démographiques et économiques les plus discriminants ont été regroupés en 4 thématiques (démographie, chômage, habitat, pauvreté et précarité). Les 5 groupes homogènes ont été caractérisés sur le plan social, démographique et économique à partir des indicateurs ayant le pouvoir explicatif le plus élevé. Jusqu'à présent, l'étude ne présente pas de nouveauté significative, à l'exception de sa mise en exergue du faible niveau d'étude des deux parents et de la part des familles monoparentales parmi celles qui connaissent une dégradation de la santé dentaire.

Nous nous sommes ensuite intéressés à la dynamique d'évolution de l'état de santé dentaire des secteurs scolaires. 28 % présentent une amélioration, 38 % une stabilité, et 34 % une détérioration (qui est faible pour 9 % des secteurs scolaires, et forte pour 4 %).

Nous avons analysé les évolutions les plus significatives, afin d'éviter les biais méthodologiques. Dans tous les cas de figure, une hausse sensible du poids des cadres et des professions intellectuelles supérieures et une diminution du poids des ouvriers peut être constatée en cas de forte amélioration. Le passage d'une mauvaise santé dentaire à une très bonne santé semble concerner les territoires concentrant des familles nombreuses plus aisées, et qui présentent une diminution significative du poids des professions intermédiaires et ouvrières. Le passage d'une mauvaise santé dentaire à une très bonne santé dentaire concerne plutôt les territoires concentrant des familles monoparentales plus aisées, car composées de cadres et de professionnelles intellectuelles supérieures, ou de professions intermédiaires avec un renforcement de la couverture par des minima sociaux et la CMU-C. Le passage d'une très mauvaise santé dentaire à une bonne santé dentaire semble concerner les territoires où les catégories socioprofessionnelles sont plus élevées et où une baisse significative du poids des familles monoparentales peut être constatée.

5 / Conclusion

Cette étude, réalisée à l'échelle des secteurs scolaires, a permis :



- de faire ressortir cinq groupes homogènes de territoires de santé dentaire et d'identifier les plus fragiles ;
- d'identifier 19 indicateurs socio-économiques et démographiques discriminatifs pour expliquer l'état de santé dentaire des secteurs scolaires ;
- de mettre en exergue le rôle du gradient social dans la dégradation de la santé dentaire ;
- de révéler de fortes disparités territoriales, avec 29 secteurs scolaires qui doivent devenir le cœur de cible d'actions spécifiques ou renforcées.

Cette étude souligne également l'importance de créer un poste de dentiste référent de territoire de gestion PMI, qui pourrait travailler en collaboration avec le médecin référent et la puéricultrice référente. Ainsi, il apparaît nécessaire d'élargir le travail vers une dynamique pluri-partenaire avec les acteurs de la politique de la ville, de l'emploi, et de l'habitat.

Merci pour votre attention.

Pr Corinne TARDIEU

Nous allons inverser notre programme. Nous entendrons dès maintenant l'intervention de Mme Lycia ROUSSELET.

VIII / Favoriser la bonne santé bucco-dentaire des enfants. Expérience de la Ville de Cherbourg-en-Contentin.



Lycia ROUSSELET, animatrice promotion de la santé de la ville de Cherbourg-en-Contentin

Bonjour. Je suis en poste au sein de la ville de Cherbourg-en-Contentin depuis 2 ans, depuis le moment où celle-ci s'est constituée en commune nouvelle. Elle regroupe aujourd'hui cinq communes déléguées. Dans l'une d'entre elles, Cherbourg-Octeville, le brossage des dents sur le temps méridien avait été mis en place depuis plus de 10 ans dans les écoles relevant du réseau d'éducation prioritaire, autrement dit les écoles des quartiers concernés par la veille politique de la ville. Le dépistage des dents a également été mis en place, et suppose un ac-

et le dispositif est amené à régulièrement évoluer, notamment en raison des changements institutionnels, qui ont des conséquences sur nos manières de travailler, mais freinent parfois également nos démarches.

Nous avons mis en place les dépistages avec les praticiens du FSBD. 600 élèves par an en bénéficient, contre 450 à 500 trois ans plus tôt, car les actions ont été élargies à l'échelle de la nouvelle commune. Nous évaluons tous les ans le dispositif, et notamment le dépistage, sur la base des mêmes indices que ceux retenus par le département du Val-de-Marne. Il est important d'analyser les critères d'évaluation, car nous demandons des aides et des subventions à l'ARS, et nous devons motiver nos choix d'intervention.

Nous constatons depuis plusieurs années une évolution favorable de l'état de santé dentaire des enfants (tout du moins à Cherbourg-Octeville, car nous manquons de recul sur l'évolution au sein de Cherbourg-en-Contentin).

Toutefois, la question des lieux d'intervention se pose. Nous avons privilégié les établissements du réseau d'éducation prioritaire et les établissements qui en relevaient historiquement, mais les élus ou les directions d'éducation de certaines communes déléguées estiment que les critères de sélection que nous avons définis ne sont pas adaptés. Nous recevons des alertes à propos d'écoles auprès desquelles nous ne pouvons pas intervenir facilement, car nous devons toujours motiver nos décisions d'intervention.

Veillez m'excuser pour la brièveté de mon intervention. Cette journée m'a semblé très intéressante. Je vous remercie.

Pr Corinne TARDIEU

Nous appelons maintenant le Dr Céline CATTEAU, dont l'intervention conclura cette après-midi d'échanges.



IX / Exercer dans un désert médical. Que nous disent les chirurgiens-dentistes qui ont fait ce choix ?



Dr Céline CATTEAU,
faculté de chirurgie dentaire
université de Lille

Je vais vous présenter le travail de thèse du Dr Noëline FRO-MENTIN, qui ne pouvait être présente aujourd'hui. Nous nous sommes intéressées aux chirurgiens-dentistes qui ont choisi de travailler dans les zones sous-dotées et très sous-dotées. La répartition des professionnels de santé sur le territoire est une préoccupation majeure, à laquelle les pouvoirs publics entendent apporter des solutions afin de proposer une offre de soins équitable pour tous. Ces dernières années, un certain nombre de mesures ont été mises en œuvre. La dernière en date est la suppression du numerus clausus. Chaque fois que les médias s'emparent de la problématique des déserts médicaux, ils le font en se focalisant sur les médecins. Pourtant, l'odontologie n'échappe pas au problème.

L'analyse de la démographie générale et professionnelle montre une croissance des effectifs de chirurgiens-dentistes beaucoup plus lente que la démographie française. Ces effectifs sont constants, alors que la population française croît. Mathématiquement, la densité des chirurgiens-dentistes diminue. En outre, une polarisation des effectifs peut être constatée, avec une concentration de l'offre de soins dentaires dans les centres urbains et périurbains, ce qui crée, par contraste, des zones moins dotées en professionnels de santé.

Afin de réguler l'offre sur le territoire, un certain nombre de dispositifs et l'aide à l'installation ont été proposés. Certains sont financés par l'Etat (comme le contrat d'engagement de service public ou les exonérations fiscales), d'autres par l'Assurance Maladie (le contrat incitatif), et d'autres enfin par les collectivités territoriales (par exemple, la mise à disposition de locaux ou des aides financières ou en nature). Ces aides ne sont pas toutes

La mise en place du dispositif conventionnel d'aide à l'installation nécessitait la définition d'un zonage national et mono-professionnel (contrairement au zonage du SROS, qui est pluri-professionnel). Ce zonage dédié à la profession des chirurgiens-dentistes est né des négociations conventionnelles de 2013, et aujourd'hui, le territoire est caractérisé en cinq zones de dotation, dont la zone très sous-dotée, qui est celle qui nous intéresse dans cette présentation.

L'analyse fine des données de la base Sniiram met en exergue quelques chiffres alarmants. En 2014, seulement 2 % des chirurgiens-dentistes libéraux exerçaient en zone très sous-dotée, qui accueillent 6 à 7 % de la population française. A contrario, les zones sur-dotées accueillent 35 % des chirurgiens-dentistes pour 20 % de la population. Entre 2006 et 2013, les effectifs de chirurgiens-dentistes ont baissé de 2 % au niveau national, mais de 22 % dans les zones très sous-dotées. De plus, dans ces dernières, les anciennes générations étaient sur-représentées. Les chirurgiens-dentistes de plus de 60 ans représentaient 27 % des professionnels de ces zones en 2014, contre 17 % au niveau national. En revanche, les moins de 40 ans étaient sous-représentés dans les zones très sous-dotées. Ces difficultés risquent de se creuser, car les départs à la retraite de ces chirurgiens-dentistes âgés ne seront pas compensés par l'installation des jeunes générations, les zones sous-dotées étant peu plébiscitées en fin de cursus par les étudiants. En effet, un travail de thèse réalisé à Strasbourg en 2013 a montré que 10 % seulement des intentions d'installation concernaient le milieu rural. Certes, les zones très sous-dotées ne sont pas toutes rurales, mais elles le sont pour une majorité d'entre elles.

Nous nous sommes interrogés sur le profil et les motivations des chirurgiens-dentistes qui souhaitent travailler en zone très sous-dotée. Nous avons par conséquent conduit à l'automne 2016 une étude transversale, réalisée sur la base d'un questionnaire en ligne. Ce questionnaire était adapté de celui utilisé par l'ORS Rhône-Alpes en 2014, qui comprenait 62 questions, essentiellement à réponse fermée (listes de propositions ou échelles de Lickert). Quelques zones de commentaire libre étaient également prévues.



Ce questionnaire a été envoyé aux chirurgiens-dentistes omnipraticiens en exercice libéral (hors remplacements) et qui avaient fait le choix de s'installer en zones très sous-dotée entre août 2009 et août 2016. Ces dates avaient été choisies afin d'encadrer l'année de mise en place du zonage (2013). Nous nous sommes limités à la France Métropolitaine en raison du manque de données sur les DOM-TOM.

Pour identifier ces chirurgiens-dentistes, nous avons travaillé à partir du fichier de l'Assurance Maladie, qui fait état de 36 234 communes et de 35 897 chirurgiens-dentistes. Nous nous sommes limités aux zones très sous-dotées qui comptaient au moins un chirurgien-dentiste, ce qui nous a permis de réduire la liste à 450 communes pour 743 chirurgiens-dentistes. Nous avons ensuite croisé ce fichier avec l'annuaire du Conseil de l'ordre, afin d'exclure les praticiens qualifiés en ODF. Nous avons alors téléphoné aux 550 chirurgiens-dentistes pour lesquels nous avons trouvé un numéro dans les pages jaunes. 342 ont pu être contactés. Nous avons exclu les chirurgiens-dentistes installés en zone sous-dotée avant juillet 2009. In fine, la population concernée représentait 93 praticiens. 87 ont accepté de participer à l'étude et ont reçu un lien vers le questionnaire. 47 y ont finalement répondu, soit un taux de participation de 52 %.

La répartition des participants sur le territoire est cohérente avec celle des zones très sous-dotées. Le nombre de participants a seulement été plus important dans le Nord et le Pas-de-Calais, peut-être parce que l'étudiante qui conduisait le travail était issue de la faculté de Lille.

Ces participants comptaient 27 hommes et 20 femmes. Leur âge moyen était de 38 ans, avec un écart-type de 11 ans. 93 % étaient en couple. Les deux tiers résidaient à proximité de leur lieu d'exercice. Les deux tiers étaient diplômés depuis 6 ans tout au plus. 6 chirurgiens-dentistes étaient diplômés à l'étranger. Parmi les 41 diplômés en France, une majorité était installée dans leur région de formation ou dans les départements limitrophes. 89 % étaient titulaires de leur cabinet. Aucun n'exerçait en cabinet secondaire.

Le délai moyen entre l'obtention du diplôme et l'installation sur le lieu d'exercice en zone très

sous-dotée était de 8 ans. Néanmoins, nous pouvons noter que les praticiens qui se sont installés en 2015 et 2016 avaient fait le choix de s'installer en zone très sous-dotée très rapidement après la fin de leurs études. Le délai entre l'obtention du diplôme et l'installation en zone très sous-dotée tend donc à se réduire. Toutefois, l'installation en zone très sous-dotée ne constitue pas un choix évident. Elle nécessite souvent un premier exercice préalable.

Nous nous sommes également intéressés à la qualité de vie de ces chirurgiens-dentistes. 58 % de ceux qui résident à proximité de leur cabinet se déclarent entièrement satisfaits de la qualité de vie créée par cet exercice, pour eux-mêmes et pour leurs proches. Pour 39 % d'entre eux, la satisfaction est partielle, et seul un chirurgien-dentiste n'était pas satisfait de sa qualité de vie.

Les principales motivations des chirurgiens-dentistes pour exercer dans ces territoires sont, sur le plan personnel, la perspective d'un cadre de vie agréable (moins de stress, moins de pollution, moins de violence) et un attachement au territoire, et sur le plan professionnel, la perspective d'un potentiel de rémunération confortable. Les praticiens ont également mis en avant la qualité de la relation avec les patients, qui sont jugés agréables et fidèles.

30 % des chirurgiens-dentistes interrogés ont néanmoins déclaré avoir pu parfois regretter ce choix d'installation, en raison d'une charge de travail importante et de délais de rendez-vous qui tendent à s'allonger, ce qui crée du mécontentement chez les patients. En outre, les soins pratiqués sont perçus comme simples et ordinaires, en raison des faibles revenus de la patientèle. Sur le plan personnel, une certaine pauvreté de la vie sociale et culturelle dans ces territoires peut être mise en exergue. Néanmoins, 8 praticiens sur 10 recommanderaient leur lieu d'exercice à un confrère expérimenté, et 9 sur 10 à un jeune chirurgien-dentiste.

68 % des participants à l'enquête ont déclaré avoir bénéficié d'aides à l'installation. Un peu plus de la moitié avait signé le contrat incitatif. 42 % ont bénéficié d'exonérations fiscales. En revanche, le CESP et les aides des collectivités territoriales n'ont que peu été mis en exergue par l'échantillon.



Les bénéficiaires de ces aides ont insisté sur le fait que celles-ci n'avaient pas constitué un critère décisif dans le choix du territoire. En outre, les aides sont perçues comme insuffisantes par rapport à l'investissement nécessaire à l'ouverture d'un cabinet dentaire. Le versement des aides est également tardif, et ne coïncide pas avec le moment où les praticiens en ont besoin. De plus, ces derniers mettent en avant la lourdeur administrative des dispositifs. Les aides sont perçues comme un filet de sécurité avant tout, plutôt que comme un élément décisif dans le choix du territoire.

Nous avons également demandé aux chirurgiens-dentistes de juger l'intérêt d'un certain nombre de mesures de régulation de l'offre sur le territoire. A l'époque, il était question de l'augmentation du numerus clausus, et non de sa suppression complète. Pour autant, les praticiens installés dans les zones sous-dotées indiquaient que cette mesure ne présentait pas d'intérêt. Il leur semblait plus pertinent de proposer des aides plus importantes au moment de l'installation et de faciliter l'organisation de stages en zones rurales.

Au regard de cette enquête, il apparaît que s'installer en territoire très sous-doté constitue avant tout un choix personnel, mûrement réfléchi, dans lequel la notion de famille est centrale. Les aides à l'installation ne sont pas décisives dans ce choix. Il semble que ces territoires ne soient pas des repoussoirs comme ils sont parfois décrits, mais bien des espaces où il fait bon vivre en famille. Les aides à l'installation mises en place ces dernières années ne présentent qu'une efficacité relative, ce qui pourrait amener nos instances à durcir les mesures et à aller vers la coercition. Pour autant, les praticiens qui travaillent sur ces territoires suggèrent d'autres mesures incitatives, et insistent notamment sur le fait qu'il faut lutter contre les représentations négatives et erronées de ces déserts médicaux. Pour ce faire, ils conseillent de communiquer sur l'attractivité professionnelle de ces zones, d'améliorer la lisibilité des aides disponibles (en particulier celles proposées par les collectivités territoriales), et de faire découvrir cet exercice dès la formation, peut-être au travers d'un stage obligatoire, ce qui avait été proposé par l'Ordre dans le livre blanc de la santé bucco-dentaire.

L'étude montre également l'importance de la région de formation. Il faut poursuivre l'adaptation du maillage territorial de l'offre de formation, avec notamment la mise en place d'antennes délocalisées (par exemple, à Rouen, Le Havre ou Boulogne pour la faculté dentaire de Lille, mais d'autres universités procèdent de même). Toutes ces mesures ne peuvent s'entendre que dans le cadre du maintien et du développement des services publics sur le territoire. Pour que les chirurgiens-dentistes s'installent dans des zones sous-dotées, les dispositifs d'incitation peuvent être utiles, mais il faut également que les services publics réinvestissent ces territoires. Ce point était d'ailleurs évoqué au 20 heures hier soir.

Merci.



DEBAT

Pr Emmanuel VIGNERON

Merci pour ces interventions. Nous avons quelques minutes pour répondre à vos questions, avant que nous passions à la remise du prix Françoise ROTH à Charles MALKROUN.

David MELES (dans la salle)

Je suis David MELES, enseignant chercheur au département de santé publique à l'UFR d'odontostomatologie de l'université Boyer. Durant sa présentation, le Dr Baudet a projeté une photographie en fond, sur laquelle une personne pouvait être reconnue. Je me demandais si cela ne posait pas un problème éthique. Je voulais également savoir s'il s'agissait d'un collaborateur ou d'un migrant, et pourquoi le Dr BAUDET avait choisi cette image.

Dr Alexandre BAUDET

Réponse hors micro.

David MELES (dans la salle)

D'accord. S'agissant de la présentation du Dr VAUTEY, en tant que partisan de la promotion de la parité et de l'égalité entre hommes et femmes, mon attention a été attirée par l'échantillon de l'étude présentée, qui ne comptait qu'un seul homme sur un total de 18 personnes (soit 6 %). Certes, l'enquête est qualitative, mais je souhaitais savoir comment cet échantillon avait été sélectionné. En tant qu'épidémiologiste, je me demande si cet échantillon reflète réellement la composition des professionnels de santé. Si ce n'est pas le cas, un important biais de sélection pourrait être introduit dans l'étude, qui ferait que ses conclusions correspondraient à la pratique et aux perceptions des femmes en Auvergne, et non à celle de tous les acteurs de la santé.

Dr Solveig Vautey

Vous avez donné vous-même la réponse. En effet, les femmes sont beaucoup plus représentées que les hommes dans les métiers relatifs à la précarité. De plus, l'échantillon a été recruté par mail, et il se trouve que, bien que nous ayons pris contact avec des hommes, ces derniers n'ont pas souhaité poursuivre la démarche, le plus souvent

par manque de temps (sachant qu'un entretien dure environ 1 heure). Nous aurions souhaité que la parité soit mieux respectée, mais la situation que vous constatez n'est pas volontaire de notre part.

David MELES (dans la salle)

Si vous avez essayé des refus de la part des hommes, vous pourriez collecter les informations dont vous disposez sur ces derniers, afin qu'au moment de l'analyse, vous puissiez malgré tout établir des comparaisons, sans quoi les résultats que vous présentez ne seront relatifs qu'aux femmes.

Pr Emmanuel VIGNERON

Avez-vous d'autres questions ?

Une intervenante dans la salle (Edmée)

Je ne sais pas si l'intervenant qui a présenté l'étude sur laquelle porte ma question est toujours présent, mais dans la mesure où il semblerait que, selon lui (et bien que je ne partage pas cet avis), il soit judicieux de faire la distinction entre santé bucco-dentaire et « santé globale », je souhaitais savoir ce qu'il entendait par cette dernière ? S'agit-il de la somme de toutes les santés par appareil ou par structure anatomique ?

Pr Emmanuel VIGNERON

Qui se retrouve dans cette interrogation ? L'intervenant est peut-être déjà parti.

Dr Solveig VAUTEY

Pour moi, il n'existe effectivement pas de distinction entre santé bucco-dentaire et santé globale. Toutefois, il nous a fallu restreindre notre thématique de recherche. Si l'étude avait été élargie à la santé globale, elle aurait été trop vaste.

Une intervenante dans la salle (Edmée)

Vous auriez pu choisir un autre terme, dans la mesure où cette distinction isole et stigmatise la santé bucco-dentaire. Lorsque vous concluez qu'intégrer la santé bucco-dentaire dans la santé générale est un projet ambitieux, cela peut paraître, dans un monde de pratiquants de la santé, soit absurde soit déplacé. Un individu n'est pas en bonne santé lorsqu'il a une carie. Une carie constitue une maladie.

Dr Solveig VAUTEY

La réalité est que la majorité des gens ne voient pas le lien que vous faites. Pour cette raison, nous



avons choisi d'explorer celui-ci dans le cadre de notre étude.

Une intervenante dans la salle (Edmée)

J'en conviens, mais vous faites partie des nouvelles générations de praticiens, et je regrette de retrouver dans votre vocabulaire celui que je connais depuis 40 ans. Les médecins estiment trop souvent que le dentaire ne les concerne pas. Il serait judicieux que ces échanges aient lieu dès la formation initiale de l'ensemble des professions médicales. J'exprime ce souhait devant vous, mais il a pu être avancé dans le cadre d'autres structures. Je trouve dommage que cette distinction continue à être effectuée dans les discours que nous entendons.

Dr Solveig VAUTEY

Cette distinction provient des répondants à l'enquête, et non des chercheurs. Ce sont les personnes interrogées qui nous ont permis d'élaborer la grille des thématiques. Ce sont des points qui sont apparus dans le cadre de la recherche, et non des biais que nous avons induits. Cette séparation entre santé orale et santé générale se retrouve dans le discours des personnes qui ont répondu à l'enquête ainsi que dans la littérature (sachant que la grille a également été élaborée à partir de celle-ci). Sur le fond, je vous rejoins, et je souhaite, tout comme les autres membres de mon équipe, qu'aucune distinction ne soit plus faite entre santé bucco-dentaire et santé générale. Nous travaillons en ce sens, et nous réalisons des recherches comme celle que nous vous avons présentée afin d'affirmer une certaine continuité dans la santé. Toutefois, dans la réalité, les disciplines sont encore très cloisonnées.

Pr Emmanuel VIGNERON

Merci d'avoir répondu aux questions des participants dans la salle.

REMISE DU PRIX FRANÇOISE ROTH

Dr Charles MALKROUN

Je souhaite remercier publiquement ma directrice de thèse, le Dr MOUSSA-BADRAN. Merci beaucoup.



CLOTURE

Pr Emmanuel VIGNERON

La journée publique de santé dentaire sera organisée en 2019, comme tous les ans, le premier jeudi de novembre. Enseignants, universitaires et professionnels, n'hésitez pas à prévoir des interventions pour l'année prochaine. Je profite de l'occasion pour indiquer que nous souhaitons mettre en place un réseau des villes et départements en santé bucco-dentaire, afin de faire collaborer tous les villes et départements qui travaillent dans le domaine de la santé dentaire. Nous savons que des villes comme Evry, Nanterre, Gennevilliers et beaucoup d'autres interviennent déjà sur ces questions. Notre objectif est de travailler en réseau et de faire en sorte que ces villes et ces départements puissent se retrouver, échanger et disposer d'un lieu de rencontre. Nous mettrons ce réseau en place prochainement.

Je laisserai le mot de la fin au Pr Corinne TARDIEU.

Pr Corinne TARDIEU

Merci à nos coprésidentes et coprésidents. Merci à toutes les personnes du Val-de-Marne qui ont donné de leur temps pour organiser cette journée. Merci à vous, et à l'année prochaine.

Je vous remercie pour votre attention jusqu'aux derniers instants de cette journée. Nous nous retrouverons l'année prochaine avec de nouvelles solutions.



RESUMÉS DES POSTERS

Évaluation des connaissances actuelles et prise en charge des MIH par les chirurgiens-dentistes et orthodontistes de Nouvelle-Aquitaine

Juliette CRAVEIA- Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire 2018. Université de Lille

L'hypominéralisation molaire-incisive (MIH) a été définie en 2001 par Weerheijm, pour décrire une anomalie de structure d'origine systémique, affectant les premières molaires permanentes et parfois les incisives permanentes. Le diagnostic des MIH et sa prise en charge sont difficiles à appréhender en raison des nombreux diagnostics différentiels et des difficultés de traitements (esthétiques, réalisation des restaurations, anesthésies, usures et fractures de l'émail).

L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances et la prise en charge des MIH par les praticiens de Nouvelle-Aquitaine.

Nous avons réalisé une étude transversale de mars à septembre 2017 incluant 336 omnipraticiens et 32 orthodontistes. Un questionnaire comprenant un cas de MIH illustré par des photographies ainsi que des questions relatives au diagnostic et à la prise en charge des MIH a été réalisé.

Nos résultats ont montré que 48,2% des chirurgiens-dentistes et 25% des orthodontistes ont posé un mauvais diagnostic. Ce mauvais diagnostic est statistiquement lié à l'obtention du diplôme avant 2001 ($p < 0,000001$ pour les chirurgiens-dentistes et $p < 0,001$ pour les orthodontistes). Elle a mis en évidence des disparités de prise en charge avec réalisation de fluoruration à 58,6% et de scellements de sillons à 33,6% pour une dent atteinte de MIH modérée. La réalisation d'une fluoruration est statistiquement liée à l'obtention d'un diplôme après 1986.

Il existe donc de réelles disparités de connaissance et de prise en charge des MIH entre les praticiens de Nouvelle-Aquitaine.

Santé bucco-dentaire des enfants Mayotte en 2014/2015

Nolwenn LE POURIEL- INSERM-UPMC

Introduction. La carie dentaire est une maladie qui entraîne douleur, difficulté à la mastication et trouble de l'élocution. Une de ses complications la plus grave est la cellulite faciale. Le lien entre précarité sociale et état de santé des populations est un fait bien établi, notamment concernant la santé dentaire des plus jeunes en France métropolitaine. Mayotte est un département Français appartenant à l'archipel des Comores dont les indicateurs de développement humain sont très en deçà de ceux de la métropole : 84% de la population y vit sous le seuil métropolitain de pauvreté. Les données sur l'état buccodentaire de la population mahoraise sont inexistantes. Nos objectifs étaient d'évaluer l'état bucco-dentaire des enfants scolarisés en classe de primaire, d'identifier d'éventuels facteurs sociaux associés ; et d'étudier les facteurs de risques de la cellulite faciale dans le cadre d'une étude cas témoins menée en milieu hospitalier.

Méthodes. Les données provenant du dépistage dans 8 écoles primaires en 2014 et d'une étude cas témoin effectuées en milieu hospitalier en 2015 ont été analysées en utilisant des modèles de régression de poisson et de régression logistique.

Résultats. Mayotte est très sévèrement touchée par le phénomène carieux. Les enfants scolarisés en primaire présentent un indice CAO moyen de 4.13 ; ce qui la classe parmi les territoires présentant un indice haut d'après la classification de l'OMS. Les enfants issus des villages les plus aisés sur le plan matériel sont plus à risque (RP=1,02 ; IC95 % [1,01-1,04]), ce qui est peut-être dû à une consommation de produits sucrés plus importante. A l'opposé, les enfants ne possédant pas de couverture santé, le plus souvent parce que de nationalité comorienne, sont plus à risque de développer une cellulite faciale (OR=5,12, IC 95% [2,20-12,13]).



Conclusion. Le cas mahorais présente des similarités avec d'autres territoires où l'on constate que les populations dites « autochtones » subissent l'occidentalisation de leurs modes de vie et dont la santé des habitants se trouve dégradée par ces changements parfois brusques. Des solutions existent, notamment en matière de prévention, basées sur une amélioration de l'hygiène bucco-dentaire, l'utilisation optimale des fluorures et une consommation raisonnable de sucre. Enfin l'accès au professionnel de la santé orale, pour des soins curatifs ou des visites de prévention, doit être facilité pour tous, notamment pour les plus défavorisés.

Le statut de maitre de stage "universitaire en odontologie, un pas de plus pour l'intégration territoriale des étudiants en odontologie et la coordination des parcours de soins

Dr Frédéric DENIS- Responsable de l'antenne hospitalo-universitaire d'odontologie du CHU de TOURS

Introduction : Le conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes soutient la création de structure hospitalière afin de recevoir des étudiants de 3ème cycle dans des régions non pourvues de facultés d'odontologie. Si ce dispositif vise à contribuer à l'insertion en région de nouveaux praticiens, il pourrait néanmoins être mieux « connecté » avec les acteurs de terrain que sont les chirurgiens-dentistes libéraux. Dans la mesure où 97% des chirurgiens-dentistes exercent en libéral, des interactions entre les besoins de formation émanant du terrain et la formation académique est indispensable. L'universitarisation du statut de maitre de stage universitaire (MSU) en odontologie pourrait renforcer le lien entre les chirurgiens-dentistes libéraux et les chirurgiens-dentistes universitaires et hospitaliers. Ce serait une façon de répondre aux problèmes de santé publique auxquels notre profession est confrontée.

Méthode : Le président de la république a annoncé vouloir augmenter significativement le nombre

de maitres de stage universitaire en médecine générale. En médecine, les maitres de stage participent activement à la formation des internes de médecine générale(MG) mais aussi à celle des externes en lien étroit avec leur département de MG de leur faculté de rattachement. Au-delà du simple compagnonnage, les MSU participent à la formation des futurs MG (soins primaires, acteurs de santé publique, prise en charge coordonnée du patient, éducation thérapeutique, télémédecine...). A ce titre les MSU sont rémunérés 600€/mois.

Ce dispositif pourrait être appliqué aux chirurgiens-dentistes.

Discussion : Le chirurgien-dentiste est un acteur de soins primaires incontournable et se doit de participer aux projets de soins des maisons de santé pluriprofessionnelles, au Comité Pluridisciplinaire Territoriale de Santé (CPTS), aux Contrats Locaux de Santé (CLS) et connaître les problématiques de santé publique de son territoire. Acteurs de santé aux compétences techniques reconnus, ils doivent aussi devenir des acteurs de santé en travaillant de façon coordonnée et en interdisciplinarité au bénéfice des usagers.

Aujourd'hui les maitres de stage en odontologie accueillent au sein de leur cabinet des étudiants de 3ème cycle pour un stage actif de 200 h au cours duquel l'étudiant se confronte aux réalités du terrain. Toutefois, la durée de ce stage est relativement courte en regard de la formation initiale qu'ils reçoivent dans les services de consultations et de traitements de dentaires. L'universitarisation du statut de maitre de stage en odontologie avec pour corollaire sa rémunération et la formation des maitres de stage doit permettre d'aller plus loin dans l'insertion professionnelle de nos étudiants.



Coopération entre la faculté de chirurgie dentaire de Lille et le service d'odontologie du groupe hospitalier du Havre : impacts sur les territoires d'installation des étudiants

Romain ELLERO, Julie BEMER, Céline CATTEAU, Alessandra BLAIZOT - Etudiant en thèse d'exercice. Université de Lille, Faculté de chirurgie dentaire.

Introduction et but : Depuis le 02/01/2012, les étudiants inscrits en 5ème et 6ème année des études odontologiques à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille peuvent faire le choix de terminer leur formation clinique au sein du Service d'odontologie du Groupe Hospitalier du Havre (GHH). Ce service, né d'une collaboration entre le GHH, la Communauté d'Agglomération Havraise (CODAH), la coordination des chirurgiens-dentistes libéraux du Havre, l'Université Lille 2, le CHRU de Lille et la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille, revêt un double objectif : 1/ élargir l'offre de soins dans un bassin de population où la démographie des chirurgiens-dentistes et la dynamique d'installation sont insuffisantes, 2/ promouvoir sur ce territoire l'installation des étudiants ayant effectué une partie de leur formation dans cette structure. Dans le cadre d'une thèse d'exercice, une étude a été conduite auprès des (ex)étudiants ayant fait le choix d'un ou plusieurs stages hospitaliers au Havre pour mieux comprendre ce qui a conditionné leurs choix de territoires d'installation, et proposer des pistes d'évolution de cette collaboration.

Méthode : Une enquête transversale comportant un volet quantitatif et un volet qualitatif a été conduite par entretien téléphonique au cours du 2ème trimestre 2018.

Résultats : Parmi les 32 individus composant la population d'étude, 28 ont répondu à l'enquête (ratio hommes/femmes : 17/11). Parmi les facteurs ayant influencé leur choix de territoire, 89,0% ont cité la proximité de la famille proche,

61,0% le territoire d'origine, 61,0% le goût pour le territoire et 50,0% les opportunités professionnelles et le réseau professionnel havrais tissé. Le bilan global lié à cette expérience au sein de l'agglomération havraise est jugé positif d'un point de vue personnel par 96,0%, et d'un point de vue professionnel par 78,0%. Au moment de l'étude, 68,0% des répondants ayant un exercice professionnel exerçaient dans la région Normandie et 71,0% de ces derniers déclaraient un exercice dans le territoire de la CODAH.

Les participants étaient 82,0% à trouver pertinente la mise en place de mesures de facilitation (75,0% favorables à des mesures incitatives, 71,0% défavorables à des mesures coercitives).

Discussion : Le service d'odontologie du GHU joue un rôle important dans la politique locale de redynamisation du territoire normand en matière d'installation de chirurgiens-dentistes. Les répondants témoignent aussi de la nécessité de réfléchir à des mesures complémentaires afin d'améliorer la répartition géographique des chirurgiens-dentistes dans ce territoire.





