

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ ET ACCÈS À LA SANTÉ BUCCO DENTAIRE

**PALAIS DU LUXEMBOURG
VENDREDI 21 JUIN 2019**

QUELS DÉFIS ? QUELLES RÉPONSES ?



Remerciements

Membres du groupe de pilotage : Anne Charlotte Bas, Edmée Bert, Fabien Cohen, Martine Dame, Caroline Desprès, Ariane Eid, Jean Paul Espié, Nathalie Ferrand, Lisa Friedlander, Estelle Machat, Thierry Marsais, Anne-Marie Musset, Frank Mouminoux, Zakaria Tedjini, Annabelle Tennenbaum, Isabelle Thiébot.

Transcription du colloque et maquettage des actes : Isabelle Thiébot, Jean Paul Espié, Jérémie Bazart, Fabien Cohen.

Participants

ADAM Colette	DRISTH Nicolas	MASMOUDI Hala
ADRIAEN Carole	EID Ariane	MAZZERO Lisa
AIT ABBAS Louisa	EID Julia	MOLTONI Alexandra
ANNE Quentin	EKOUME Rébecca	MOREL Marion
ARROUY Marie-Hélène	ESPIE Jean-Paul	MOULIN-BIRRAUX Pascale
AUGEREAU Françoise	FAULKS Denise	NAUD LLAMAS Christelle
AZOGUI LEVY Sylvie	FENENIA Paul	PELLISTRANDI Christian
BARADUC Julie	FEREIRA Aquilina	RANDRIANTOVOMANANA Eliette
Bas Anne Charlotte	FERRAND Nathalie	RATIER Sylvie
BAZART Jérémie	FERRANDOU Elise	RAVONIMBOLA Liliane
BEN GUIGUI Marie	FILOMIN Joan	RILLIARD Frédéric
BENMEHDI Salima	FLEURY Marie-Ange	ROTHAN Béatrice
BERT Edmée	FOLLIGUET Marysette	ROTHAN Marie-Liesse
BERTRAND Jean	FRIEDLANDER Lisa	ROUILLARD Thiphaine
BISSERTE Marie	GARNIER Vanessa	RUNFOLA Stéphane
BOITTEAU Maxime	GENEY Marilynne	SEDAINE Julie
BOUARA Berlinie	GOUJMY Marie-Josée	SLANGEN Chantal
BOUGUILA Nada	GUERARD Brigitte	TENENBAUM Annabelle
BRIOT Evan	GUIONET Martine	TIRLICIEN Viviane
BRUN Christiane	JONNEAUX Lucette	THIEBOT Isabelle
BURBAN Julie	KOUYOUJDIAN Clara	THOMAS Céline
CADDEO RISSELET Hélène	LAGUNES Marion	VEILLE FINET Agnès
CAUCHARD Mahé	LE BOHEC Gwenaëlle	VOLLMER Isabelle
CLEMENT Céline	LENFANT Eric	WALGER Roland
DAME Martine	LIBOT Sophie	WEIL Hubert
DE DIVONNE Anne Chantal	MACHAT Estelle	WOLIKOW Maryse
DELPHIN Nathalie	MAGNON Patrick	ZIDAN Hussein
DESPRES Caroline	MAHE Catherine	
DEVRIESE Marielle	MARCHAND Lucie	
DIB Saliha	MARSAC Pascale	
	MARSAIS Thierry	

Sommaire

Participants	page 2
Introduction	
page 4	
- Laurence Cohen, Sénatrice du Val de Marne, membre de la Commission des affaires sociales	
- Jean-Paul Espié, Vice-président de l'ASPBD	
Réalités, aujourd'hui en France	
page 10	
- DES LEVIERS POUR QUELS OBJECTIFS, Contexte politique, économique, conventionnel, Sylvie Ratier, juriste en droit de la santé, syndicat des femmes chirurgiens-dentistes ;	
- Parcours de vie, parcours de soins - Monographie(s), Caroline Desprès, médecin anthropologue ;	
- Santé globale, santé orale, Estelle Machat, Maître de conférence, praticien hospitalier, université de Clermont -Auvergne.	
Pistes en débats	page
32	
- Médiations en santé, Isabelle Thiebot, Aide odontologique internationale- réseau social dentaire du Val de Marne, Lisa Friedlander, MCU-PH en odontologie prothétique. Référente PASS à la PASS Bucco-dentaire de la Pitié Salpêtrière.	
Réactions et perspectives	
page 48	
- Sylvie Azogui-Levy, modératrice, PU-PH en Santé publique dentaire, Université Paris 7 Denis-Diderot,	
- Marielle Devriese, chef de projets, Secours Populaire Français,	
- Martine Dame, Secrétaire nationale Syndicat National des Chirurgiens-dentistes des Centres de Santé (SNCDSS),	
- Roland Walger, Regroupement national des Organismes gestionnaires de centres de santé (RNOGCS),	
- Nathalie Ferrand, Réseau Santé environnement,	
- Maxime Boiteaud, Vice-président en charge de l'actualité professionnelle de l'Union Nationale des Etudiants en Chirurgie-Dentaire (UNECD).	
Conclusions	
page 68	
Eléments bibliographiques, préparatoires au colloque	
page 69	

Introduction

Laurence Cohen, sénatrice du Val-de-Marne et vice-président de la commission des Affaires sociales au Sénat

Bonjour à toutes et à tous, je suis ravie de vous accueillir ici au Palais du Luxembourg pour ce colloque sur l'accès à la santé bucco-dentaire que je marraine et que j'organise en partenariat avec la société française des acteurs de la santé publique bucco-dentaire que je tiens à remercier pour son implication. J'ai oublié de dire à quel groupe politique j'appartiens : c'est le groupe communiste républicain citoyen et écologie.

Je dois vous avouer que ce thème de la santé bucco-dentaire n'est malheureusement que peu abordé lors de nos travaux parlementaires. La preuve nous venons de terminer l'examen du projet de loi transformation et organisation du système de santé qui traduit en partie le plan « ma santé 2022 » et aucune mesure ne porte sur ces enjeux. Or ce sujet est d'autant plus d'actualité que le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, plus communément appelé PLFSS instaure, en son article 33, le Reste à Charge Zéro, fameux engagement du candidat Macron.

Le reste à charge zéro, tel que présenté par le gouvernement doit permettre un accès élargi aux soins bucco-dentaires pour la population et plus particulièrement un accès aux prothèses dentaires. Cela concerne également, comme vous le savez, l'optique, les prothèses auditives avec une première application prévue au 1er janvier 2020 puis dans un second temps au 1er janvier 2021. Nous reviendrons bien entendu sur les enjeux de cette réforme et les limites également lors de la Seconde table ronde avec Nora Tréhel, mais sans anticiper ce débat permettez-moi de souligner quelques points.

Comment ne pas partager cette annonce du candidat président Macron de mettre en place le 100 % santé. En réalité on est loin du 100% sécu qui constituerait un véritable reste à charge zéro, que ma famille politique et moi-même soutenons. Vous savez toutes et tous ici, ce reste à charge zéro est financé par une implication plus grande encore du secteur privé qui voit ainsi l'occasion de prendre sa part du marché. Comme je l'ai souligné lors de l'examen du PLFSS le risque est grand que cette hausse des coûts ne soit répercutée par les complémentaires Santé via soit l'augmentation des tarifs des contrats, soit la réduction des paniers de soins proposés.

Cette crainte a d'ailleurs été confirmée dès le début par plusieurs études de cabinets de courtiers annonçant une hausse des coûts de 7 à 10 % et d'ailleurs depuis certaines mutuelles ont déjà augmenté leurs tarifs. Le gouvernement avait pourtant obtenu des Complémentaires Privés la promesse de ne pas augmenter les prix mais sans s'assurer que cette promesse soit respectée, sans même parler d'éventuelles sanctions dans le cas où elle ne le serait pas. Par ailleurs j'ai rappelé que cette réforme laissait de côté les citoyennes et les citoyens les plus démunis, celles et

ceux qui ne disposent pas de Complémentaires Santé, soit 4 à 5 millions de françaises et français et pour qui certains soins resteront donc les soins privilégiés en quelque sorte, et non l'accès égal à la santé, à la prévention, tel qu'il serait nécessaire. En France le reste à charge moyen pour les ménages était d'environ de 8,4 % en 2015 grâce à notre système de Sécurité Sociale, donc chiffres plutôt encourageants si on pense à cette revendication du 100 pour 100 Sécu. Mais il faut bien être conscient que le reste à charge pour les soins buccodentaires et tout global plus important puisqu'il est de 23 %, soit 2,5 milliards d'euros par an à la charge des assurés et que pour les soins prothétiques bucco-dentaires il monte beaucoup plus haut, autour de 40 % selon la CNAM. La différence importante entre les remboursements des dépenses générales de santé et le faible taux de remboursement des soins dentaires induit un taux de renoncement élevé pour ce type de soins. Toujours selon la CNAM le taux de renoncement pour les soins bucco-dentaires s'élèverait à 17%, soit près d'un patient sur 10.

Renoncer à un soin bucco-dentaire c'est, vous le savez beaucoup mieux que moi, affronter les conséquences médicales et sociales qui résultent d'une situation où l'on ne se soigne pas. Je crois que l'on se souvient tous, et on a été choqué, quelle que soit notre appartenance politique, à cette fameuse phrase - les sans dents - expression qui est empreinte de beaucoup de mépris et qui, malheureusement, avait été prononcée par le président Hollande.

Il faut rappeler que non seulement pour les soins bucco-dentaires le reste à charge est plus élevé que pour la plupart des soins médicaux, mais encore que la part du financement de ce type de soins, pris en charge par les organismes complémentaires privés, est bien plus élevée que pour la moyenne des autres types de soins.

On perçoit alors le lien entre inégalités sociales et accès à la santé bucco-dentaire puisque ce sont les plus démunis qui en sont exclus et je dois dire que ces inégalités commencent dès le plus jeune âge. Ainsi en grande section de maternelle, autour de 4 ou 5 ans, un enfant sur 10 a au moins une dent cariée ou avec une carie non soignée, selon le ministère des Affaires sociales, ce sont des chiffres de 2013. Malheureusement je crains que cela se soit aggravé.

Près d'un quart des enfants d'ouvriers sont concernés contre moins de 4 % des enfants de cadres supérieurs. Les écarts persistent au fil de la scolarité. En CM2, selon les données 2014-2015, 40 % des enfants d'ouvriers ont au moins une carie, 1,5 fois plus que ceux de cadres. De même on sait à quel point l'hygiène alimentaire joue un rôle pour la qualité de la dentition, notamment via la consommation de produits sucrés et là aussi un risque de surexposition pour les populations les plus fragiles. Mais j'enfonce des portes ouvertes parce que vous maîtrisez ce sujet bien mieux que moi, et je pense que le débat donnera des éléments bien plus riches que ce que je peux donner. En tout cas j'ouvre la discussion.

Avant de terminer mon propos, et n'y voyez aucun chauvinisme de ma part, Quoi que. Je veux saluer l'engagement du Conseil départemental du Val-de-Marne puisque depuis de nombreuses années il s'est engagé sur ce sujet.

Dès 1991, en effet un programme départemental de prévention bucco-dentaire a été mis en place sous la houlette de Fabien Cohen, qui pour des raisons de santé ne peut être parmi nous, mais il va bien, rassurez-vous pour celles et ceux qui le connaissent. Je tiens ici à saluer son engagement et sa détermination car sans lui et l'appui des deux présidents du Conseil départemental, Michel Germain puis Christian Favier, ce programme n'aurait jamais vu le jour et ne serait pas pérenne.

L'objectif est d'aller sur les lieux de vie de l'enfant, de la petite enfance au collège, en s'appuyant sur un maillage de structures de santé, notamment les centres de santé. Je pense car Ariane Eid, cheffe du service de promotion de la santé bucco-dentaire, que j'ai vue tout à l'heure et qui est assise parmi nous, y reviendra. Et grâce à toutes ces années de prévention bucco-dentaire 82,3 % des enfants de 6 ans sont en bonne santé bucco-dentaire. A cet âge 79 % des enfants Val-de-Marnais n'ont jamais eu de carie contre 63 % au niveau national. Et ce département a le plus bas taux de carie de toute l'Europe.

Alors j'ai dit sans chauvinisme, mais cela montre que quand on a la volonté politique d'avancer des propositions, de les construire, et de les étayer par un maillage avec les professionnels de santé, les centres de santé, on voit que la carie n'est pas inéluctable et qu'on peut la faire reculer. On voit par là même, que s'il y avait un programme national de prévention chez les 0-6 ans, il y aurait ces mêmes chiffres au niveau national. Ce serait tout à fait positif.

Je veux insister là sur le fait qu'il s'agit bien d'une volonté politique à mettre en œuvre et malheureusement je dois dire que Mme Buzin, ministre de la santé actuelle et les précédents ne se sont guère engagés dans le domaine de la santé bucco-dentaire. En tout cas pas suffisamment.

Voilà ce que je voulais partager brièvement dans mon propos introductif en m'excusant par avance de ne pas assister à l'ensemble du colloque parce que je dois partir, mais je vais participer à une grande partie. Je vais passer la parole à Jean Paul Espié, vice-président de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire qui va faire un propos introductif à son tour. Je vous remercie.

Intervention de la salle, Ariane Eid

Excusez-moi, je voulais juste apporter une précision, aujourd'hui je ne coordonne plus le Service de Promotion de la Santé Bucco-Dentaire du

Département du Val de Marne, c'est le docteur Saliha Dib, qui dirige ce service.

Jean-Paul Espié, Vice-président de la Société Française des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire

Bonjour à toutes et à tous, merci de votre nombreuse présence à ce colloque. Aujourd'hui un vendredi après-midi, le 21 juin jour de la fête de la musique, en période d'examens universitaires, cela a empêché quelques partenaires, des acteurs de la santé bucco-dentaire comme nous disons, de venir à ce colloque particulièrement les personnes venant hors de la région parisienne. Merci beaucoup.

Je souhaite, au nom de la société française des acteurs de la santé publique bucco-dentaire, remercier Madame Laurence Cohen d'être à l'initiative de ce colloque et d'avoir bien voulu nous associer à sa préparation. Ce colloque est pour l'ASPBD un moment fort. Il entre dans le cadre d'un axe de travail de notre association. Depuis 2017 nous réfléchissions au montage d'une initiative sur cette thématique. Et le faire aujourd'hui au sein du Sénat, c'est pour nous un grand honneur de contribuer à porter la question des inégalités sociales et de l'accès à la santé bucco-dentaire au sein d'un lieu dédié aux travaux parlementaires.

Nous avons préparé ce colloque avec des partenaires réunis en un groupe de travail. Qui c'est tenu pendant un trimestre pour travailler sur le montage de ce colloque, pour catégoriser les problèmes, et les qualifier.

La santé bucco-dentaire et l'accès à la santé bucco-dentaire se dégradent. Madame Cohen est intervenue lors de son introduction sur ce point.

Beaucoup de choses nous manquent, ne nous sont pas connues aujourd'hui, notamment sur la question de la santé bucco-dentaire tous les chiffres que nous avons sont issus uniquement de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Ainsi, ce sont des données de soins.

La santé bucco-dentaire n'est plus évaluée depuis 13 ans au niveau national. Certaines enquêtes épidémiologiques sont menées localement comme dans le Val-de-Marne. Mais au niveau national aucune enquête épidémiologique n'est conduite.

Quelques projets ponctuels, expérimentaux, à portée locale, territoriale limitée se mettent en place, qui concernent une partie de la population mais à quel moment avons-nous un programme national ? à portée nationale qui concerne toute la population, tous les publics, tous les enfants, tous les âges, tous les régimes de sécurité sociale, tous les territoires ? Tout à l'heure la deuxième Table Ronde abordera les pistes d'actions menées localement, mais quand vont-elles être généralisées, et quand vont-elles concerner l'ensemble de la population. Beaucoup de discours généraux, et généreux sont prononcés, énonçant des intentions. La concrétisation tarde.

Ici, aujourd'hui il n'y a pas seulement des chirurgiens-dentistes, il y a une diversité d'acteurs impliqués. Des infirmières, des collectivités locales mais aussi des institutions nationales, en fait « un ensemble » d'acteurs.

Comment cet ensemble d'acteurs réunit de 13h30 à 18h30, 6 heures, va pouvoir proposer une action, deux actions, trois actions, une série d'actions qu'ils vont mettre en œuvre ensemble au lendemain de ce colloque.

Précédemment, j'ai cité quelques acteurs de la santé publique bucco-dentaire.

Au-delà des chirurgiens-dentistes, des professionnels, nous trouvons de nombreux autres acteurs importants sur cette question du renoncement aux soins et d'accès à la santé bucco-dentaire.

Ainsi les instances professionnelles - le Conseil de l'Ordre - les syndicats ; les réseaux ; les organismes de gestion des soins ; les PASS ; les associations d'usagers ;

D'autres encore comme les associations - les médiateurs ; les territoires - collectivités locales - Ville et Département ; les mutuelles ; les services centralisés de l'Etat, les ministères de la Santé et de la Solidarité et de l'Education, la DGOS, la HAS, et leurs agences déconcentrées - les ARS ; les Universités et le secteur de la recherche, etc.

Tous ces acteurs sont concernés ou concernables dans la résolution des inégalités de santé.

Comment travailler tous ensemble et comment publiquement prendre position et pas uniquement sur des aspects budgétaires, financiers.

Les objectifs de ce colloque sont bien d'enrichir les connaissances de chacun des acteurs, de bousculer les points de vue, de modifier les grilles de lecture, et faire réagir et mobiliser.

C'est une étape pour une visibilité extérieure de la problématique de la santé bucco-dentaire. Il peut s'agir de qualifier, d'analyser le droit commun, les dispositifs particuliers, les dispositifs de rattrapage, de valoriser les réponses développées ici ou là, les alternatives possibles et enfin de conduire en décidant de porter, de mettre en œuvre, individuellement ou collectivement.

Il s'agit bien de comparer les approches centrées sur la santé de la population et du patient, à celles centrées sur les coûts et sur le tout économique. Comment privilégier les premières. Interroger les paradigmes des acteurs ? soins versus prévention. Il faut analyser les approches : vers quoi voulons nous aller, collectivement ou par série d'acteurs, sur quelles dimensions voulons-nous agir ?

Par rapport à un séminaire, ou un atelier, ce colloque est un acte collectif. Aussi, à partir de ce colloque un ensemble de partenaires, d'acteurs de la santé publique bucco-dentaire, élaborent.

Ce travail, nous sommes prêts à le soutenir, à le construire. Les actes du colloque en septembre nous permettront de pointer un temps T zéro (T 0), et d'acter que nous débutons, nous commençons telle et telle chose ensemble entre partenaires, nous qui nous sommes mobilisés au colloque du 21 juin 2019.

Avant de présenter la première table ronde sur « Les réalités aujourd'hui en France », je souhaiterais excuser l'absence à ce colloque d'Anne-Marie Musset, présidente de notre association l'ASPBD qui est retenue par ses obligations universitaires.

Je souhaite excuser, et ce à la suite de Madame Cohen, de Fabien Cohen, secrétaire général de notre association qui a été retenu par des obligations personnelles qui l'empêche cet après-midi d'être présent. Fabien a porté avec l'ensemble du bureau de l'association le montage de ce colloque, avec sa vigueur que beaucoup d'entre vous lui connaissez, avec l'exigence partagée de faire de ce colloque un début de construction commune.

Partagée, cela a été le cas tout le long de la préparation avec l'ensemble des partenaires. Et que cela se poursuive à la suite du colloque avec tous les acteurs mobilisés, ce 21 juin, pour agir.

DES LEVIERS POUR QUELS OBJECTIFS ? CONTEXTE POLITIQUE, ÉCONOMIQUE, CONVENTIONNEL

Sylvie Ratier, juriste en droit de la santé, SFCD

Bonjour à tous. Je remercie la sénatrice Madame Laurence Cohen de nous avoir invités à participer à ce colloque. Merci aussi à l'Association des Acteurs de la Santé Publique Bucco-Dentaire de m'avoir associée à cet après-midi pour vous présenter mon travail de juriste issu des nombreuses années passées au sein du syndicat des femmes chirurgiennes-dentistes, dont la particularité est d'être un syndicat de prospective. En effet ce syndicat créé en 1935 regroupe des femmes chirurgiennes-dentistes bien sûr, mais aussi des hommes aujourd'hui, de tout mode d'exercice, libéraux, salariés, universitaires, dentistes-conseil. Cette transversalité permet de sortir des revendications catégorielles pour élargir les horizons de réflexion.

C'est une vision systémique, que je vous propose, à travers une présentation basée sur le droit évidemment, vous présenter quels sont les leviers pour quels objectifs pour faire face aux inégalités sociales et à l'accès bucco-dentaire. Donc les inégalités sociales en santé.

Si au 17^e siècle, Jean de La Fontaine contait que selon que nous étions puissants ou misérables, les jugements de cour nous rendaient blancs ou noirs, au 21^e siècle l'INSEE démontre que selon que nous sommes riches ou pauvres nous vivons plus ou moins longtemps. Les inégalités sociales sont bien là. La poésie a laissé place aux statistiques et les constats sont sans langue de bois. Les sans-dents, terme bien connu, sont visibles. Ils représentent justement la visibilité des inégalités sociales, donc s'il est normal quand on est tout petit de perdre ses dents, il n'est pas normal d'être édenté encore moins, à l'âge adulte et quel que soit notre âge. Donc avoir toutes ses dents, quel que soit son âge, présume une bonne santé bucco-dentaire générale, et en même temps est un marqueur social élevé.

La réduction des inégalités sociales en général et dans le domaine bucco-dentaire appelle un constat surprenant.

Qu'est-ce que la santé bucco-dentaire. Selon OMS la santé bucco-dentaire est l'absence de douleur bien-sûr, l'absence de cancer gingival ou pharyngé, l'absence de parodontite et de déchaussements qui entraînent à la fin une perte de dents. Pour quoi faire, mais pour pouvoir manger, croquer les pommes, sourire, et parler. Aujourd'hui ce qui est surprenant c'est qu'effectivement les progrès techniques, technologiques et biologiques n'ont jamais été aussi importants ; par exemple regarder un fauteuil dentaire, il s'attaque quand même à une toute petite carie qui est toujours présente et qui continue à faire des ravages. Donc, on se dit le combat n'est pas très égal.

Maintenant parlons de discrimination. Discrimination / inégalité, quelle est la différence ? Les inégalités sociales sont aussi vieilles que le monde, par contre les discriminations sont interdites aujourd'hui. Effectivement de quoi parle-t-on ?

Une inégalité sociale correspond à une différence de situation des individus en raison des ressources qui détiennent : l'éducation, les revenus, le capital social, ou, de pratiques : la santé, le logement, la situation d'emploi.

Une discrimination est une différence de traitement fondée sur un critère illégitime et donc prohibé : âge, sexe, race, religion, etc.

Pendant longtemps on a combattu les inégalités sociales puis les discriminations ont été mises en avant et aujourd'hui on se retrouve avec une lutte contre les discriminations qui a volé la vedette aux inégalités sociales.

Le problème c'est que l'accent mis sur les discriminations, a tendance à masquer les mécanismes sociaux qui produisent des inégalités. Voici un bon exemple Madame la Sénatrice en a parlé tout à l'heure. C'est la part des enfants de 3^{ième} qui ont déjà eu une carie. On s'aperçoit, effectivement, que chez les cadres on est un tout petit peu en dessous de 40 %, avec la majorité des cas des caries soignées, par contre lorsque l'on regarde les enfants d'ouvriers : 60 % ont déjà eu une carie avec une grosse partie de non soignées, donc avec un nombre important de non recours aux soins.

Evidemment puisque parle de discriminations et d'inégalités, il va falloir agir sur les deux tableaux. On va donc avoir les politiques sociales qui vont lutter contre les inégalités, et de l'autre côté le droit qui va lutter lui contre les discriminations

Quelques exemples, à notre disposition de politiques sociales : les communautés professionnelles territoriales de santé, le programme MT'Dents, les plateformes d'accès territoriales, les expérimentations ASALEE (Action de santé libérale en équipe), le 100 % santé, les réseaux, les PAERPA (spécifiquement pour les personnes âgées), la plateforme territoriale d'appui (pour la coordination des professionnels de santé), les codes évidemment au niveau juridique, dont le code civil, le code pénal, le code de la sécurité sociale, le code de la santé publique, la constitution bien sûr, et la Déclaration des droits de l'homme, au niveau des droits de l'homme en France , bien sûr mais aussi au niveau européen, la Convention d'Oviedo. Cela fait beaucoup de choses, on a mal à la tête.

Mais, je vous rappelle les inégalités en santé sont toujours présentes, selon que l'on est riche ou pauvre, effectivement on vie plus ou moins longtemps. Donc on peut se poser la question de pourquoi tous ces dispositifs finalement sont inefficaces. C'est un peu la question de la

poule et de l'œuf. Sur quel levier doit-on agir ? Doit-on d'abord réduire les inégalités sociales pour permettre à l'ensemble de la population un meilleur accès à la santé, ou au contraire c'est par un accès à la santé de toute la population qu'on arrivera à réduire les inégalités sociales. Mais là on se retrouve face à quelque chose qui est insoluble puisque ce sont deux objectifs qui doivent être portés et travaillés en même temps. On ne peut pas agir seulement sur la réduction des inégalités sociales sans favoriser la santé, sinon cela ne fonctionne pas.

Le thème de la journée : quels défis, quelles réponses ?

Premier défi, tout d'abord arrêter, peut-être, de penser que la santé se résume aux soins. On peut voir sur ces schémas, l'accès aux soins c'est 15 % d'une bonne santé, à côté se trouvent les facteurs génétiques, c'est le patrimoine et les ressources génétiques de chaque personne pour 5 %. Ensuite avec un gros pourcentage de 55 % on trouve les conditions de vie. Les conditions de vie c'est pêle-mêle l'alimentation, le logement, l'accès à un tissu social riche qui permet une bonne intégration dans la société. Et enfin l'environnement : l'environnement, la pollution, le climat. Penser que la santé n'est pas réduite aux soins, cela permet d'élargir l'horizon et de se dire que finalement les acteurs de santé ne sont pas les seuls à pouvoir participer à la bonne santé de nos concitoyens.

Deuxième défi : la problématique du raisonnement en silo.

Il convient de corriger la pensée en silo, et donc les dispositifs qui ne ciblent que des pathologies, que des types de patients, uniquement des territoires. Cela segmente la problématique, cela réduit à un élément, et empêche la vision globale. Peut-être aussi laisser leurs chances aux dispositifs, les évaluer avant d'en mettre d'autres en route. En France, je vous l'ai montré tout à l'heure, on assiste à une superposition de dispositifs, finalement ils se mettent en concurrence les uns les autres. Ils multiplient les intervenants auprès des patients et au final ils ne sont pas efficaces.

Troisième défi important, sortir juste des éléments macroéconomiques, et prendre un petit peu de hauteur, et penser que les soignants ne soignent pas parce qu'ils ont des incitations, ou des punitions mais au contraire parce qu'ils ont des raisons personnelles. Là on s'attache plus à la ressource en santé, et à la formation. Comment arriver à transformer les mentalités des professionnels de santé pour qu'eux-mêmes s'appuient sur ce levier ?

D'un autre côté, on a la même problématique avec les patients. Vous avez tous entendu parler de la mise en place éventuelle, de prime aux comportements, d'insertion des patients dans des parcours de soins où ils vont eux-mêmes être acteurs de santé, cela est intéressant, mais cela va trop les responsabiliser et à la fin mettre en place des systèmes qui vont les pénaliser. Nous savons que cela va empêcher ceux qui ont le plus besoin d'accéder aux dispositifs de soins, d'y parvenir.

Les patients ne consomment pas des soins, même s'ils sont plus remboursés ou mieux remboursés ! On ne consomme ni une maladie, ni une couronne dentaire.

Ensuite, toujours sur l'aspect financier, il est à noter que les soins sont un levier de croissance : plus des soins sont produits, plus cela génère de la richesse pour certains mais au détriment de nos concitoyens. Par contre, penser que la santé est un levier de croissance, cela est à souligner : on n'est plus sur le soin est un levier de croissance, mais la santé.

Dernier défi enfin, avoir à l'esprit : ce qu'est l'acte médical.

L'acte médical est la rencontre de deux vulnérabilités. D'un côté celle du patient qui est malade, qui a peur, et de l'autre côté, celle du soignant qui a un pouvoir qui reste limité par ses connaissances techniques. Si on arrive au cours de sa formation à lui ouvrir les horizons à lui aussi, et arriver à lui faire comprendre ainsi qu'à l'ensemble des acteurs, que ce ne sont pas seulement les soins qui vont permettre une bonne santé pour tout le monde, on aura fait un bon bout de chemin.

Deux objectifs simultanés et indissociables, que je vous présente sous forme de questions.

En premier, permettre de réduire les inégalités sociales, en deuxième, permettre d'améliorer la santé, et en troisième permettre d'organiser la bascule du système de soins vers un véritable système de santé puisque, ce n'est pas ce qu'on a aujourd'hui.

Premièrement donc, tout le monde l'a compris c'est la sécurité sociale. La volonté d'une nation, cela permet de gagner des matchs de foot parfois, mais cela a permis un moment donné de garantir à chacun des conditions de vie décentes par sa mise en place. Cette dernière a reposé sur un objectif généreux puisque la volonté était de permettre à tout travailleur, quel qu'il soit et à sa famille de bénéficier d'un filet de solidarité, au cas où. C'était opportun puisqu'il fallait tout reconstruire, et la France avait besoin de bras et de bras en bonne santé. La sécurité sociale repose sur un principe fondateur : chacun cotise en fonction de ses moyens, et reçoit en fonction de ses besoins. Cet objectif permet de réduire les inégalités sociales en santé, parce qu'il est universel, solidaire, et parce qu'il est public, il a été accepté par une nation toute entière.

La sécurité sociale est en réforme depuis sa création et jusqu'à maintenant. Elle se réforme parce qu'elle doit s'adapter à la crise financière qui frappe durement le monde dans son ensemble, particulièrement l'Europe, et la France. Les ressources allouées à la santé diminuent. Diminutions liées à la diminution du nombre de cotisants, à la crise sanitaire, à la crise écologique qui a un impact sur la santé et sur la maladie, sur l'émergence des maladies. Ainsi en exemple, les praticiens chirurgiens-dentistes qui sont présents aujourd'hui vous l'expliqueront bien mieux que moi, une maladie apparaît et est émergente : le MIH (Hypominéralisation molaires-incisives), atteinte irréversible de l'émail

dentaire. Aujourd'hui dans les cabinets dentaires cette maladie concerne un enfant sur 5 voire un sur 4. Aussi axer les politiques de santé sur la prime aux bons comportements ne peut fonctionner, car cette maladie est directement liée aux perturbateurs endocriniens présents dans notre environnement.

Pour faire face à cette crise économique sanitaire, la sécurité sociale a besoin d'argent, ou bien doit-elle trouver le moyen de transformer, d'organiser la bascule de son système de soins vers un système de santé ?

Quoi de mieux pour aller vers la santé que la prévention ?

La prévention qu'est-ce que c'est ? C'est un ensemble complexe. Nous avons quelques définitions et on s'aperçoit à travers ces définitions, que je vous laisse lire qu'elle ne se réduit pas au dépistage. En France, la plupart des dispositifs de prévention sont du dépistage et uniquement du dépistage. En matière bucco-dentaire c'est une exception qui est notable. Il y a des actes de prévention qui sont les scellements de sillons et le détartrage, mais c'est très rare. En général en France les dispositifs de prévention sont seulement des dépistages. Le dépistage est un outil au service des politiques de santé publique, qui fixent des objectifs.

La dernière convention qui a été signée avec les chirurgiens-dentistes a fait le choix de solvabiliser la couronne, plutôt justement comme on l'a dit tout à l'heure, de favoriser la dent saine. Ce sont des choix.

Comment sait-on que la prévention fonctionne ? Mais tout simplement parce que des statistiques et des études et évidemment des expériences sur le terrain le montrent. Madame la Sénatrice tout à l'heure vous a parlé de celle du Val-de-Marne. Cela donne des résultats impressionnants, quand les enfants, puisque on s'adresse aux enfants, comprennent pourquoi et comment ils ont des caries et pourquoi et comment ils peuvent éviter les caries. Ils prennent des bonnes habitudes qui se conservent tout au long de la vie. Ensuite les choses de la vie font que l'on peut avoir des pathologies, mais au moins de ce côté-là il a été évité pas mal de choses. Les résultats sont très rapides et très visibles, c'est important. On peut avancer très vite, et voir comment financer et quoi financer.

Cela fonctionne mais pour cela il faut des voies de réponse de notre système de soins. Toujours intitulées lois de réforme du système de santé, alors que ce sont des lois qui concernent uniquement le système de soins. Madame la Sénatrice, tout à l'heure, vous a bien dit qu'il n'y avait aucune disposition en matière bucco-dentaire dans les lois qui sont en train d'être votées, des lois annuelles de financement de la sécurité sociale sont nécessaires, pour identifier une volonté politique forte : mettre la prévention au cœur du système.

Je vais vous présenter un autre levier. Celui-ci permet de réunir le droit, les politiques sociales, et la prévention. C'est une proposition systémique du syndicat des femmes chirurgiens-dentistes. On l'a appelé le « Compte Personnel de Prévention », ce CPP permet de passer d'un système de soins à un système de santé.

Le CPP est universel, s'il ne touche pas tout le monde les résultats sont extrêmement sectionnés. Il est solidaire, il faut un engagement de la Nation, pour pouvoir le porter et public. Un engagement politique public, et non privé laissant trop de marges au secteur privé.

Le CPP est fondé sur les principes de base de la sécurité sociale, il part du patient et de ses besoins médicaux. Ceci est important, on n'a pas besoin d'évaluer la qualité, par contre on a besoin d'évaluer les besoins médicaux des patients.

Le CPP mise sur l'éducation des patients tout au long de leur vie et surtout il organise la synergie des acteurs de la santé. J'ai bien dit les acteurs de la santé et pas les professionnels de soins. Vous avez vu tout à l'heure, quels étaient les déterminants et les leviers pour avoir une bonne santé. C'est à ce moment-là qu'il faut arriver à mobiliser l'ensemble des acteurs sur la santé.

Le compte personnel de prévention est une proposition qui permettrait une bascule d'un système de soins vers un système de santé. Il met l'accent sur la promotion de la santé et des consultations de prévention, qui seraient vraiment des consultations de prévention et pas seulement de dépistages. Cela suppose la formation des professionnels de santé, la coordination et la mise en place de synergie entre les professionnels de santé tout d'abord, mais aussi avec l'ensemble des acteurs, en coordination avec les professionnels de santé, pour voir comment les personnes peuvent travailler, avoir un logement décent, et des conditions de vie satisfaisantes.

Merci.

PARCOURS DE VIE, PARCOURS DE SOINS - MONOGRAPHIE(S)

Caroline Desprès, médecin anthropologue

Je remercie les organisateurs du colloque de m'avoir invitée, une anthropologue au pays des dentistes. C'est rare.

Les soins bucco-dentaires sont un marqueur fort des inégalités sociales. Cela a déjà été dit. Plusieurs études, notamment celle de l'IRDES, ont montré l'importance du renoncement aux soins des personnes en situation de précarité. Ce renoncement concernant plus spécifiquement les soins.

Un rappel des résultats de l'enquête ESPS de l'IRDES (2014), les renoncements aux soins dentaires sont de 15,3 % pour les bénéficiaires de complémentaires santé privées, 21,7 % pour les bénéficiaires de la CMU Complémentaire, et 40,1 % pour ceux qui n'ont pas de complémentaire santé.

Ces résultats sont importants parce qu'il montre que la CMUC protège de renoncements aux soins, parce qu'on voit la différence entre les taux de ceux qui ont une complémentaire, et ceux qui n'ont pas complémentaire ou de CMUC.

Mais les 15,3 % de ceux qui ont une complémentaire privée recourent en fait une moyenne. En effet, un certain nombre de complémentaires santé

ne couvrent pas du tout ou très peu les soins dentaires, aussi comparer la CMU complémentaire qui est une complémentaire d'assez bon niveau à une complémentaire de niveau équivalent la différence du taux de renoncement serait encore plus accusée. Cela sous-entend qu'il y a une déclaration de renoncement pour raisons financières dans ses enquêtes qui masquent d'autres problématiques.

J'ai moi-même réalisé une recherche anthropologique en 2011 sur le renoncement aux soins dans le cadre d'un programme de recherche de la MIRE et DREES. La question qui était posée dans ce programme de recherche : comprendre cette différence entre ces taux de renoncement des bénéficiaires de la CMU à ceux des Complémentaires Santé privées ; et donc pourquoi des bénéficiaires de la CMU continuent à renoncer à des soins alors qu'ils étaient protégés théoriquement par la CMU. Dans ce programme, je travaillais avec l'IRDES, j'avais en charge la part qualitative en mettant en œuvre des méthodes et une analyse socio-anthropologique.

Si les bénéficiaires la CMU Complémentaire renoncent moins que les personnes sans complémentaire, ce bénéfice ne suffit pas à supprimer l'impact de la précarité sur le recours aux soins. Malgré la levée des obstacles financiers aux soins, les trajectoires continuent à différencier socialement même si des phénomènes de rattrapage sont observés. Il y a des travaux, en particulier ceux de Paul Dourgnon là-dessus.

Ma présentation aujourd'hui vise à éclairer les parcours de soins bucco-dentaires des personnes en situation de précarité. Je ne chercherai pas approfondir les questions financières d'accès aux soins mais à montrer les multiples déterminants et les dimensions de l'accès aux soins bucco-dentaires et leurs articulations. Pour le dire autrement : comment s'articulent parcours de vie et parcours de soins.

Comment dans un contexte de précarité, les parcours de vie orientent, influencent l'accès aux soins, le rapport aux professionnels, etc. Je l'avais déjà fait dans cette précédente recherche, même si les résultats concernés la santé et les soins en général et pas spécifiquement les soins bucco-dentaires.

Donc avant de commencer, je vous rappellerai brièvement l'ensemble des dimensions qui orientent les parcours de soins pour situer ce que je vais vous développer à la suite : c'est-à-dire un parcours spécifique.

Ces parcours sont déterminés par des facteurs structurels sur lesquels les individus ont peu de contrôle. C'est un contexte politique et institutionnel que je rappelle ici, qui permettra de comprendre les facteurs plus individuels en lien avec les parcours de vie. Le premier c'est le coût des soins, minoré par les dispositifs de protection sociale. Cela a été évoqué directement et indirectement. La CMU Complémentaire, l'AME, qui pour sa part ne propose pas de prise en charge en matière de prothèse et des dispositifs qui viennent suppléer à ces défaillances du système. Comme les

PASS (permanences d'accès aux soins et à la santé), les dispositifs associatifs, comme Médecins du monde qui vont aussi suppléer.

Une autre dimension, quand on parle des aspects économiques, est totalement articuler à ces aspects, elle concerne la connaissance des individus sur leurs droits, non seulement connaître la CMU ou l'AME ou les lieux de soins que je viens de citer, mais penser qu'on peut y prétendre, connaître plus précisément le panier de soins auquel il donne droit. J'ai rencontré dans mes travaux régulièrement des gens qui ont la CMU et qui ne savaient pas qu'ils pouvaient aller chez le dentiste et qu'ils n'auraient pas à payer.

Un des aspects limitants est aussi lié à l'organisation des soins, la disponibilité des professionnels et les délais d'attente, les refus de soin de dentistes qui sont parfois importants sur certains territoires. Et puis dans cette étude réalisée dans la métropole lilloise, qui a été maintes fois confirmée dans d'autres travaux que j'ai menés, la méfiance à l'égard des institutions et des professionnels, dont le refus d'être soigné n'est qu'une forme, éloigne des soins. Dans des institutions, on est parfois maltraité - où l'on subit des rapports de domination, parfois des humiliations.

Enfin nous avons montré dans cette étude que les conduites de soins sont créées dans des habitus ancrés dans l'enfance, des normes de comportement à l'égard des soins, qui s'inscrivent dès le début du parcours et qui varient en fonction du milieu d'appartenance. Les personnes ont tendance à reproduire ce qu'elles ont connu. Même si les normes propres à un milieu fonctionnent parfois comme marqueur social, les normes sociétales ont évolué plusieurs décennies. Notamment les normes esthétiques : avoir des dents blanches, bien alignées. Ce n'était pas ainsi il y a 20 ans. Ces normes finissent par imprégner les attentes de tous.

Dans cette étude réalisée dans la région métropolitaine de Lille, des jeunes nous ont relaté qu'ils avaient choisi de se faire arracher les dents à un âge précoce parfois avant 30 ans, pour se faire poser un appareil, c'est comme cela que font leurs proches et disent (et je cite) : « et puis on est débarrassé on a plus besoin d'aller chez le dentiste ». Ce sont des éléments structurels.

Ensuite, il y a des dimensions individuelles qui sont propres à chaque parcours, sur lesquels je ne vais pas revenir. Elles sont très nombreuses, les plus connues : la peur du dentiste, le rapport à la douleur, les expériences antérieures traumatisantes, les questions de temporalité (entre la temporalité des soins qu'on prévoit, qu'on doit anticiper et la temporalité des personnes) surtout si ce sont des personnes en grande précarité.

Au-delà de l'incidence des conditions d'existence et parcours de vie sur les parcours de soins, je voudrais aussi aujourd'hui réciproquement m'interroger en quoi les histoires dentaires peuvent structurer le parcours de vie.

Pour se faire, pour compléter cette étude dont j'ai présenté rapidement les résultats, qui avait été réalisée en 2011, là ce serait de focaliser plus précisément sur les questions bucco-dentaires. J'ai déposé un projet d'une étude exploratoire que le fonds CMU a accepté de financer. Il s'agira de réaliser des monographies, avant de construire un projet de plus grande ampleur étant donné que les études à un niveau national font cruellement défaut.

J'ai un peu anticipé le début de cette étude par monographies pour ma présentation aujourd'hui, et donc j'ai rencontré trois personnes, dans le cadre d'entretiens longs, qui rencontraient des difficultés ainsi que leurs dentistes.

Une monographie permet d'analyser différents points de vue : celui de la personne ayant des besoins de soins, les intervenants médicaux, le dentiste ou les dentistes, d'autres comme par exemple le travailleur social qui a pu intervenir dans le parcours de soins. Le point de vue du soignant, le dentiste, complémentaire à celui du soigné permet de récupérer des éléments objectifs d'autant que n'étant pas dentiste, j'avais parfois du mal à comprendre quels étaient les problèmes de santé, quels soins avaient été proposés, réalisés. Cela permet de mettre en lumière des aspects non évoqués par la personne en soins, parfois aussi de mettre en évidence des contrastes de points de vue.

La monographie, que j'ai choisie de présenter ne correspond pas aux situations les plus fréquentes dans un contexte de précarité, soit parce que classiquement il y a un obstacle aux soins essentiellement d'ordre économique, ou un obstacle économique qui cache souvent d'autres dimensions. Je vais me situer dans un contexte de multiples vulnérabilités, étant sur un colloque sur les inégalités sociales, l'idée n'est pas de situer uniquement dans la précarité économique, et de penser à toutes ces personnes en situation de vulnérabilité parce qu'elles ont des problèmes mentaux, ou liés au vieillissement, à la maladie d'Alzheimer, ou les enfants qui sont dans des situations de vulnérabilité dans le cadre des soins.

Il s'agit d'Angela qui vit dans l'Est de la France, dans une situation actuelle de grande précarité, même si elle n'a pas le profil typique.

Elle a fait des études supérieures, une licence de psychologie. Donc une certaine facilité à élaborer et à se raconter. Une confiance qui s'installe rapidement et qui a permis d'accéder, en partie, à un récit, sur ses ressentis dès notre première rencontre. J'envisage une seconde pour approfondir certains aspects notamment son parcours professionnel que je sais non linéaire. Elle a vécu une situation de précarité en fin d'adolescence, puisqu'elle a été mise à la rue du domicile familial, ce qui l'a obligée à interrompre ses études avant le bac. A cette époque elle a connu la faim, et le froid. Elle reprend ses études, valide une licence de psychologie, elle se construit malgré ces difficultés, se marie et a un fils avec un premier époux. Elle est actuellement accompagnante pour

personnes handicapées, travaille à l'Education nationale, elle s'est remariée une seconde fois en 2014. Elle garde un salaire en dessous du SMIC, car elle n'a pas réussi à obtenir une activité à temps plein.

Aujourd'hui, elle vit avec environ 380 € par mois, car elle est en mi-temps thérapeutique, suite aux séquelles d'un cancer du sein. Elle n'a pas accès à des prestations complémentaires parce qu'elle est mariée à un homme qui ne pourvoit pas à ses besoins et garde son argent pour lui. La précarité se construit aussi dans le cadre d'histoires complexes où aspects financiers, sociaux, psychologiques se mêlent : rendre compte par exemple des difficultés, dans son cas, de se séparer d'un homme dont elle évoque l'alcoolisme, la dépression, des comportements auto-agressifs peut-être plus, là-dessus elle reste discrète. Elle dépend de la MGEN et n'a pas droit à la CMU complémentaire, selon le calcul de ressources, puisqu'elle est officiellement mariée à un homme dont les revenus d'environ 2000 € les placent tous deux au-dessus du seuil. Certaines situations débordent hors des cadres réglementaires qui pourraient les protéger. L'état de son mari rend difficile la poursuite de traitement anticancéreux au domicile conjugal de manière sereine, elle se fait héberger grâce à un soutien associatif. C'est une autre dimension de la précarité dans ce parcours : l'absence de lieu à soi.

J'arrive à l'histoire dentaire d'Angela, qui est complexe. Je ne vais pas insister sur l'aspect technique, sa dernière dentiste évoque des caries, des couronnes qu'il a fallu décapsuler, j'espère que le terme est correct en raison d'infections. Des nerfs momifiés, c'est elle qui le dit, je me suis renseigné : c'est une autodestruction du paquet vasculo-nerveux.

Les premiers éléments dans son histoire sont les souvenirs de l'enfance, et la peur du dentiste. Cette histoire dentaire, elle l'a fait débiter dans l'enfance, et je la cite : « ce n'était pas du soin, mais de l'arrachage ». Un arrachage de dent qu'elle assimile, là aussi ce sont ces mots, : « à une torture malgré la piqûre ». Tout au long de l'entretien elle reviendra sans arrêt sur ses séances chez le dentiste quand elle était enfant. C'est comme cela qu'elle va expliquer un éloignement des soins, pendant plus d'une dizaine d'années entre 20 et 30 ans.

Ensuite l'image de soi, la symbolique de la bouche.

Elle a des dents jaunes depuis l'enfance, ce qu'elle met en lien avec un traitement antibiotique. Au début elle ne se focalise pas sur ses dents. On sent un creux, à travers diverses expériences qu'elle relate, à sa manière de parler d'elle-même, une faible estime de soi sur laquelle elle dit avoir travaillé. Il y a les traumatismes dans l'enfance qu'elle évoque à demi-mot et cette image détériorée d'elle-même comme femme, et progressivement cette image va se cristalliser sur ses dents, elle en prend conscience à travers les paroles des autres à travers des regards, et prend l'habitude de se cacher derrière sa main, et perd son sourire.

Sa dentiste, qu'elle a sollicitée lors d'un déménagement il y a trois ou quatre ans, témoigne : « Elle n'avait pas beaucoup de caries, quelques-unes mais elle avait surtout des dents vraiment noires - c'était récent,

Angela avait 58 ans. Elle fumait comme un pompier, elle avait des dents d'une couleur gris-brun et elle soutenait le regard par en-dessous et la main sur la bouche. Ce sourire qu'Angela décrit comme celui de « Jacquouille La Fripouille » dans *Les Visiteurs*, qui renvoie à une image, c'est elle qui le dit : « d'une personne ayant une mauvaise hygiène bucco-dentaire ». Ce qui n'est pas le cas, mais elle a peur que cela soit cette image qu'elle renvoie aux autres et elle a honte. Cette honte impacte aussi ses relations aux autres et au monde. Elle dit : « moi je trouve que mon dentaire, il était très lié à ma vie affective, aujourd'hui il n'y a pas de contact physique ». Là, elle parle avec son mari : « il n'y en a plus à cause de sa bouche », c'est la bouche de l'autre. Cette bouche de l'autre la dégoûte car elle représente, je la cite encore : « l'odeur du vin, l'odeur du tabac, les méchants mots, la violence verbale, une bouche elle peut faire tout ça et c'est pas la mienne ».

Cette bouche peut être aussi une voie de sortie vers l'extérieur d'un corps qu'elle perçoit comme pollué par les traitements du cancer, je la cite encore : « toujours la serviette devant la bouche entre deux gestes chez le dentiste pour ne pas diffuser de mauvaise haleine ». L'idée d'un corps pollué par les traitements. Dans son histoire il y a l'évitement du dentiste, toujours ce souvenir de l'enfance dont elle reparle et qui n'est pas seulement la douleur, mais aussi une position où l'on subit. C'est quelque chose dont on parle souvent, elle le dit elle-même : « c'est cette position du fauteuil, la personne qui est au-dessus et qui a tout pouvoir et en l'occurrence quand on était petit ». Cette position de surplomb du dentiste est particulièrement éprouvante pour des personnes qui ont eu l'habitude de vivre des situations de domination, la position dessus est d'autant plus violente qu'on ne doit ni bouger ni parler, une situation qui est similaire à ce que vivent symboliquement les personnes pauvres dans la société. Ce sont les résultats d'une recherche, que je viens de terminer, sur les dimensions de la pauvreté avec l'Université d'Oxford et ATD-Quart Monde.

Cette place des pauvres invisibles, sans voix, sans pouvoir d'agir. Au regard des violences subies dans l'enfance, cette position peut être insupportable et réveiller des traumatismes plus profonds.

Angela surmonte cette peur parce qu'elle élabore, et parce que ses dents se détériorent. Une peur qui en cache une autre, l'image de soi dans cette dimension extérieure, visible dans le regard des autres s'inscrit dans des problématiques entremêlées, l'une camouflant l'autre. Progressivement au fil de l'entretien émerge une peur du dentiste qui n'est pas liée au dentiste lui-même. Et je la cite à nouveau : « elle est liée à ma peur des entrées ça va être un petit peu spécial à vous dire, prenez-le comme vous voulez, ça a été transmis par la peur de Maman et moi j'ai une peur de l'entrée », elle hésite à ce moment-là, « dans les parties ouvertes du corps de la femme il y a une peur que m'a transmise Maman de sa peur du sexe, et qui est vraiment en moi suite à mon enfance et qui fait que la bouche est une porte d'entrée de mon corps, devant un dentiste rien que le fait d'ouvrir la bouche c'est ouvrir mon intimité, c'est l'intérieur de quelque chose, c'est un tunnel, une entrée ».

Il y a eu des violences dans son enfance, elle le dit, mais en même temps elle le suggère sans préciser. Et puisque on est dans une monographie, c'est intéressant de voir ce qu'a fait cette dentiste, qu'elle a rencontrée il y a 3-4 ans, qui n'était pas nécessairement au courant de son histoire de vie, mais qui l'a ressentie.

La dentiste, elle, dit : « on a commencé à parler ensemble, on a soigné ses caries tout doucement, parce qu'il fallait quand même un peu de temps pour l'approcher, parce que les autres douleurs de la vie faisaient que cette douleur dentaire, elle était en plus, elle était en trop ». Angela, quand elle parle de cette dentiste, dit « la première fois que je l'ai rencontrée, elle a travaillé sur ma dentition, et là je sais pas, elle a une aura » - elle dit Houra - « quelque chose de très apaisant, elle a un regard extrêmement bienveillant, et je lui ai fait confiance, elle pouvait entrer dans ma bouche et travailler », et elle dit ces derniers mots avec une intonation différente, difficile de rendre compte, une voix très lente qui s'adoucit quand elle évoque cette image qui contraste avec les moments où ironiquement elle évoque les séances de Monsieur Bricolage.

La dentiste reparle encore : « les consultations sont plus longues, c'est de consultation en consultation plus long, dans un contexte de vulnérabilité. C'est-à-dire des consultations pour rien, des consultations d'approche, des consultations où on passe une brosse sur les dents, des consultations où on met un pansement, où on change un pansement. Des gestes non invasifs. Des consultations où on ne fait pas une piqûre tout de suite, on va avoir des gestes qui entourent le corps, plutôt qu'entrer dans le corps. »

Pendant tout son parcours, Angela va rencontrer plusieurs dentistes qui vont faire les soins nécessaires plus ou moins bien, mais avec cette dernière dentiste vient la proposition de régler le problème des dents brunes. Quand cette dentiste le lui propose, elle n'en croit pas ses oreilles. Elle lui propose des facettes qui vont recouvrir l'émail des dents. Les soins sont coûteux, Angela va solliciter son entourage pour l'aider. C'est la première fois de sa vie qu'elle le fait. La dentiste, pour sa part, lui propose de payer en un an petit à petit. Tous n'ont pas ce réseau familial, et des ressources pour trouver cette somme. Grâce à ces soins, la dentiste raconte : « et depuis elle a ce sourire, elle sourit à tout le monde, elle est drôle comme tout, elle a arrêté de fumer parce qu'il fallait protéger ce sourire, oui, et ensuite, elle est revenue de façon régulière pour le détartrage, et l'entretien ».

Et puis dernier point qui ouvre les ponts entre la santé globale et la santé bucco-dentaire. C'est le cancer, qui met en péril ce qui avait été fait, et la dentiste parle et raconte : « elle a eu ce fameux cancer et là ça a été la descente aux enfers elle s'est enfoncé dans cette terrible maladie avec des médicaments qui ont atteint ses dents on a fluoré, on a protégé les dents, on a fait beaucoup de prévention ». Là Angéla a bien exprimé l'importance que ses dents avaient pour elle, l'importance que cela avait dans sa renaissance, puisqu'elle avait retrouvé du travail, elle s'était

rééquilibrée ; et ce drame que représentait ses médicaments, qui allait lui abîmer ce capital qu'elle avait retrouvé et qui lui avait donné de la structure. Angela dit : « le tamoxifène est rentré dans mon vivant des dents ». Le tamoxifène est une hormonothérapie, qu'elle a refusée et arrêtée pour préserver ses dents.

Angéla a eu de la chance dans ses malheurs, par rapport à d'autres histoires que je vais pouvoir explorer, de rencontrer le bon soignant qui a pu lui proposer des soins et un accompagnement qui conviennent à ses difficultés, d'avoir la famille, pour permettre de vaincre certains obstacles. Tous n'ont pas cette chance.

Voilà je vais m'arrêter, et je m'excuse d'avoir été un peu trop longue.

QUELS LIENS ENTRE SANTÉ ORALE ET SANTÉ GÉNÉRALE ?

Estelle Machat, chirurgienne-dentiste, MCU-PH, Université Clermont Auvergne

Bonjour je vous remercie de m'avoir invitée, de me laisser la parole pour vous parler aujourd'hui du lien entre santé orale et santé générale, le tout repositionné dans la question, dans le contexte, des inégalités sociales de santé.

Pourquoi aborder cette thématique du lien entre santé orale et santé générale, parce que pour pouvoir réduire les inégalités sociales de santé, il faut comprendre dans quel contexte on se trouve, il faut comprendre les parcours de vie et de soins des individus, mais il faut aussi comprendre quels sont les enjeux sous-jacents en termes de santé.

Aujourd'hui les politiques de santé se veulent centrées sur les besoins des patients, se veulent coordonnées pour être en théorie efficiente mais cela peut fonctionner dans le domaine de la santé orale, uniquement si on pense santé globale. La première chose à faire est d'admettre que la santé orale fait partie de la santé. Or commencer à vous parler en disant qu'il faut penser santé globale est une démarche en fait qui n'existe pas dans d'autres domaines de la santé. Si quelqu'un vient vous parler de maladies cardio-vasculaires, il ne va pas vous dire, qu'il faut penser santé globale, tellement c'est une évidence pour vous. Et pourtant dans le domaine de la santé orale cette démarche de la repositionner dans la santé globale est nécessaire pour être le point de départ d'actions cohérentes.

En effet, la santé orale est parfois considérée comme une entité à part, c'est un peu comme si la bouche était posée à côté du corps, cette logique va construire des systèmes indépendants qui vont venir soigner une bouche et pas un corps, et l'on va mettre en place des actions incohérentes avec les autres actions développées dans les autres domaines de la santé. Penser santé globale, c'est avoir en fond d'écran l'idée que la santé est multidimensionnelle, des dimensions physiques mentales et sociales à considérer.

La santé aujourd'hui est perçue, vue comme une ressource, pour un individu, mais aussi une ressource pour une société. Une autre façon de poser la problématique est : dans quelle mesure la dégradation d'une santé orale peut impacter les ressources de l'individu et les ressources d'une société ?

En ce qui concerne la santé orale, sans rentrer dans les détails épidémiologiques, la moitié de la population mondiale est aujourd'hui atteinte d'une infection bucco-dentaire. La plus fréquente est la carie dentaire, mais il faut savoir que par exemple la maladie parodontale, la maladie des gencives, des tissus qui viennent soutenir les dents, se classe au 11ème rang des maladies les plus répandues dans le monde. En France, quoique manquant de données épidémiologiques, à partir des études existantes on sait que 33 à 50 % des adultes ont au moins une dent cariée qui n'est pas soignée.

Comment ces maladies s'installent-elles ? Aujourd'hui on connaît les facteurs de risque qui sont le tabac, l'alcool, l'alimentation, le stress, et l'hygiène. Ces facteurs de risque que l'on connaît, sont des facteurs évitables, communs aux autres maladies chroniques comme les maladies cardio-vasculaires. On sait aussi que l'exposition à ces facteurs de risque varie en fonction du niveau social des individus.

En conséquence les maladies chroniques, dont les maladies orales puisqu'elles en font partie, vont apparaître et se distribuer en fonction du niveau social des individus, et ce de façon linéaire, de façon graduelle. Il ne faut pas voir la problématique des inégalités sociales de santé de façon dichotomique, où il y aurait uniquement d'un côté les populations dites précaires et de l'autre côté les populations non précaires. C'est souvent l'idée qui en ressort. Dans les études épidémiologiques on étudie les deux extrêmes, pour mettre en évidence les différences, mais il faut bien rester sur cette idée de gradient social et de processus graduel.

Les inégalités de santé orale, commence dès l'enfance : le nombre moyen de dents cariées à 5 ans, cela a été mesuré à Clermont Ferrand, est 5 fois supérieur pour les enfants qui sont scolarisés dans des zones d'éducation prioritaire par rapport aux autres enfants.

Quels impacts sur la santé qui commencent dès l'enfance ? Je vous présente Emy, elle a 5 ans, est polycariée. Cela veut dire que la majorité de ses dents sont atteintes par la carie. Elle est amenée par sa maman dans un service d'odontologie, en urgence, parce que « Émy ne veut pas aller à l'école, à cause de ses dents parce qu'Émy ne supporte plus ». Voilà le motif de consultation. On voit que sa maman pense santé globale, elle ne nous dit pas immédiatement qu'Émy a mal aux dents. Quand on s'interroge, et qu'on regarde un petit peu ce qui se passe pour Emy : elle vient nous voir parce qu'elle a des douleurs extrêmement aiguës, il y a des infections qui sont sous ses dents, et si on regarde plus attentivement son état global on se rend compte que de façon chronique Emy est fatiguée. Elle a un poids inférieur à celui des enfants de son âge. Cela est le cas pour la majorité des enfants qui sont polycariés. Emilie s'isole, ne joue plus avec les autres enfants. Sa maman nous explique qu'à l'école, elle met sa main devant sa bouche. Elle va refuser de participer en classe, et le moment le plus compliqué dans la vie d'Émy, c'est le moment de la cantine, elle est dans la totale incapacité de s'adapter à cet environnement-là. Elle ne peut pas suivre le rythme du repas, elle ne peut pas manger parce que cela fait mal, même si elle est sur une période chronique, d'appuyer sur les dents c'est insupportable, et elle est dans l'incapacité de s'adapter aux regards des autres.

Les problèmes de santé d'Émy, c'est un peu comme cet ², parce qu'il va se passer encore plein de choses dans la vie d'Émy, si on ne fait rien. Elle a, ou elle va avoir, des problèmes de mastication, de déglutition, parfois associés à des problèmes de respiration qui va rester buccale. Tout cela va avoir un impact sur l'état nutritionnel d'Émy, elle sera fatiguée, aura des problèmes de sommeil associés. L'ensemble de ces éléments vont venir

impacter le niveau scolaire. Elle va d'abord manquer l'école parce que pendant qu'elle est avec nous aux urgences, elle n'est pas à l'école. Impacter aussi sa capacité de concentration et d'apprentissage.

Pour, Emy ce qui se joue à 5 ans, en termes de construction de l'enfant, d'estime de soi, de confiance en soi, de capacité à communiquer avec les autres, et aussi un rapport à la nourriture, puisque elle commence à sélectionner des aliments, est important. Elle va glisser progressivement vers du mou et du sucré. Et puis ce temps de repas n'est plus un temps de plaisir - c'est juste une angoisse qui commence à s'installer - qu'elle refuse. Pour Emy, il va y avoir la première expérience du système de soins dentaires. Elle va consulter dans une structure d'urgence. Ce n'est peut-être pas la meilleure idée, aujourd'hui, ces structures sont sursaturées. Pourtant il va se jouer beaucoup de choses pour elle, pour la suite des soins, en fonction de ce qu'on va faire, la façon dont on va la prendre en charge.

En urgence, on ne va pas être magique, on ne va pas mettre l'état de santé orale de d'Emy « Nickel » en 20 minutes, en une demi-heure. On va simplement gérer ses douleurs et la faire passer d'une phase aiguë à une phase chronique. Emy, ce dont elle a besoin là typiquement c'est d'être prise en charge et d'avoir des soins en une fois sous anesthésie générale et donc intégrer une structure qui est adaptée à son état de santé, seulement ces structures sur le territoire, d'abord il n'y en a pas partout, et, quand elles existent, elles sont saturées. Cet état de santé va encore s'aggraver à l'âge adulte pourquoi parce que les maladies orales sont en lien avec les autres maladies chroniques.

Je vais vous expliquer mais de façon vraiment très simple. Soit la maladie orale se développe, et est déjà là, et par le biais de processus infectieux et/ou inflammatoire elle va créer à distance d'autres pathologies comme par exemple pathologies cardiovasculaires, et pathologies de la grossesse. Savez-vous qu'aujourd'hui on s'interroge sur le lien entre les maladies parodontales et la maladie d'Alzheimer ? Soit ces maladies sont déjà présentes et créent à distance d'autres maladies, soit elles vont se développer de façons parallèles à d'autres maladies chroniques, puisque vous vous souvenez, les facteurs de risque sont communs à toutes ces maladies chroniques. Des phénomènes, qu'on appelle de co-dépendance, entre par exemple la maladie parodontale et le diabète, se surajoutent. Une maladie parodontale non traitée va venir aggraver un diabète, et à l'inverse un diabète non équilibré va venir aggraver une maladie parodontale. Des liens de codépendance extrêmement importants sont à prendre en compte, on voit que la santé orale est complètement en lien avec la santé, que la bouche est bien dans le corps.

Ceci concernait le domaine la santé physique. Il semble important de poursuivre par l'impact de la santé orale sur la dimension sociale, de comprendre comment cette santé orale va impacter les ressources de l'individu.

On a souhaité faire un focus particulier sur santé orale et travail, et comment cela va influencer, voire déterminer des trajectoires professionnelles. Ce sont des extraits d'entretiens, passés avec des patients polycariés.

Je vous présente, Nathalie, 45 ans, et pour elle la grosse angoisse était d'aller passer un entretien d'embauche ; son état de santé orale l'empêcher complètement d'aller vers l'emploi. Elle nous disait : « non, je ne pouvais pas passer un entretien d'embauche avec les dents que j'avais, ce n'était pas possible, ce n'était pas possible, non c'était trop dur ».

Je vais vous présenter, Noémie 29 ans, assistante maternelle. On lui pose la question : « Votre santé orale avait-elle un impact sur votre travail ? ». Voilà ce qu'elle répond : « j'étais méchante, », sous-entendu avec les enfants, « j'étais méchante parce que du coup je ne dormais pas bien la nuit, en plus j'avais mal aux dents, je me tenais comme ça tout le temps, au lieu d'écouter ce qu'ils me disaient ».

Je vous présente maintenant Sabrina, 34 ans, en recherche d'emploi. Tout va plutôt bien dans sa vie. Elle a un diplôme, et est formée dans le domaine de la vente. Elle n'a pas tellement de souci en fait pour trouver du travail. Mais son état de santé orale, pour elle, l'empêche d'être une bonne vendeuse. Elle se limite dans sa capacité à communiquer avec les clients. Elle ne s'épanouit pas dans cet environnement-là. Elle a fait la demande à Pôle emploi d'aller vers une reconversion professionnelle, et elle a souhaité travailler avec les animaux. Quand on discute un peu plus avec elle, quand on cherche à comprendre pourquoi les animaux ? Elle répond : « puisque on est là pour les animaux, on n'est pas là pour le sourire et eux ils n'ont pas de jugement ». Ce sont des trajectoires professionnelles qui sont déterminées uniquement par la santé orale. Evidemment sans forcément le verbaliser, parce que je reviens sur ce que disait Caroline Desprès : ces personnes vivent dans un monde où la honte est construite autour de cette santé orale dégradée, Sabrina n'a pas expliqué à Pôle Emploi, pourquoi elle voulait aller travailler avec les animaux.

J'ai presque terminé, juste pour vous dire que les inégalités sociales se construisent de façon extrêmement complexe, que c'est un processus cumulatif. On peut s'interroger sur la qualité de vie, sur l'espérance de vie, il faut arriver dans cette grosse boule de neige à comprendre que la santé orale en fait partie.

Et comprendre le titre du colloque : quels défis ? Le vrai défi aujourd'hui c'est de faire face à la bi-vulnérabilité, qui est sociale et médicale, de ces patients que nous rencontrons dans nos cabinets, mais qui ont aussi des rapports, en amont du système de soins avec des professionnels, soit sociaux, soit médicaux, pendant lesquels les problématiques de santé orale ne sont pas toujours abordées.

Pour conclure, je dirais : tout ceci est l'affaire de tous, à tous les niveaux et à tous les âges de la vie. Je vous remercie.

Marion Lagunes, Vice-Présidente du syndicat des femmes chirurgiens-dentistes

Je suis le docteur Marion Lagunes, je suis chirurgien-dentiste en libéral, et je suis vice-présidente du syndicat des femmes chirurgiens-dentistes. J'ai été très intéressée par toutes les interventions, et une qui m'a particulièrement touchée. Celle de Caroline Desprès qui parle d'une femme, que je rencontre en fait à peu près une fois par semaine dans mon cabinet. Certainement une femme victime de violence, et c'est sur cela que je voulais rebondir. Parce qu'une 1 femme sur 10, est ou a été victime de violence en France dans le cadre conjugal. J'entends des violences intrafamiliales. Et voyant à peu près une quinzaine de patients par jour, il est obligatoire que l'on en rencontre dans nos cabinets. Pour avoir mis en place un dépistage systématique de la question « avez-vous subi des violences dans votre vie depuis 2 ans et demi ? », il se trouve que j'en ai, à peu près, une par semaine qui ont le profil d'Angela.

Je voudrais peut-être insister sur la formation des professionnels de santé, obligatoire depuis 2014, sur le dépistage, la prise en charge, et l'orientation des femmes victimes de violence. Stage, qui n'est pas très suivi par la profession même que l'on soit très impliqué. L'Ordre a mis en place un e-learning, mais il existe des formations en présentiel qui sont très importantes pour prendre en charge ces femmes et, on l'a vu, la santé orale est capitale et toutes ces femmes ont des problèmes dentaires. Je n'en ai pas rencontré une seule qui n'ait pas de problème dentaire. Elles viennent dans nos cabinets, et elles ne trouvent pas forcément face à des gentils dentistes comme Angela, et je pense que c'est une nécessité profonde que les praticiens se forment pour les dépister, les prendre en charge, et les orienter. Sachant que les impacts sur la santé touchent ces femmes, je voudrais insister, et c'est très frappant sur les enfants. Souvent les passages à l'acte se font pendant la grossesse et les enfants, dont les mamans ont été victimes de violence, présentent des troubles au niveau du cerveau, visibles sur les images cérébrales, avec des lésions neuronales et des troubles génétiques. Ces derniers se transmettent génétiquement non seulement à l'enfant dont la mère a été victime de violence, mais à la génération suivante par des phénomènes épigénétiques, on retrouve des marqueurs sur les enfants des enfants, donc c'est vraiment un problème majeur de santé publique.

Caroline Desprès

Cela n'appelle pas de réponse. Mais il est important que j'indique, que j'avais plusieurs choix de présentation de monographie, et je trouvais que c'était celle qui était la plus riche. En effet, lors de la préparation du colloque plusieurs personnes faisant partie du groupe de travail, insistaient sur ces questions, et lors du premier entretien que je conduis, je tombe sur cette dimension. J'étais un peu étonnée, et cela m'a fait retenir la situation.

Marion Lagunes

Je voudrais rajouter quelque chose. On parlait d'inégalités sociales et de contraintes économiques, et on le sait tous, l'atteinte ne cicatrise pas. Quand c'est cassé, c'est pour toujours comme disent les enfants. Et la réhabilitation se fait obligatoirement par une prothèse que l'on est amené à changer tous les 10 ou 15 ans. Il n'y a pas de retour à l'état antérieur. Ces prothèses, on va parler là d'implants dentaires, selon les données acquises de la science sont nécessaires lors d'un cas de fracture radiculaire, on le rappelle. Le reste à charge zéro, c'est merveilleux, mais les coûts s'élèvent à peu près à plus de 2000 €, et le remboursement de l'Assurance Maladie est de 122,50 € à partir de 1er janvier.

Non seulement des femmes, qui sont dans la précarité, n'ont pas les moyens de pouvoir se réhabiliter prothétiquement, mais je pense aux femmes victimes, dont les maris sont en col blanc, chirurgien du service ou policier, qui ne peuvent pas porter plainte, qui ont honte. On ne va pas les croire. Qui ont des contraintes non seulement économiques mais aussi administratives, avec suppression des cartes Vitale, et qui ne vont pas avoir accès aux soins. Manque d'accès aux soins de ces femmes-là, surtout en milieu rural, d'où la nécessité du dépistage pour les accompagner effectivement, parce que là, il y a une inégalité frappante. On ne va rentrer dans tout le mécanisme de psycho-trauma et de tout ce que cela implique pour ces femmes, mais là c'est une inégalité criante au niveau de la réhabilitation prothétique.

Julie Burban, chirurgien-dentiste en milieu libéral et ex-universitaire

Je voudrais rebondir sur la violence conjugale et ensuite intervenir sur les déterminants sociaux.

Concernant les violences conjugales, je suis tout à fait d'accord, à savoir que le dépistage me choque un peu. Je pense qu'il faut former le chirurgien-dentiste, avec l'Ordre, avec d'autres, et progresser dans la prise en charge.

Je suis une ex-femme battue, je maîtrise de l'intérieur et de l'extérieur le problème. Je pense qu'il faut avoir un réseau. Je travaille dans un désert médical et il est bien beau de savoir qu'elles le sont, mais on n'a pas beaucoup de solutions. Et qu'il ne faut pas déclencher une mise en danger. Avec une mortalité.

Je pense, qu'il faut faire attention, juste recueillir, accompagner, et rester à sa place. Faire attention à ce qu'on fait. Avoir un réseau de médecins, de médico-sociaux. C'est vraiment une histoire sérieuse.

Par rapport aux déterminants sociaux de la santé, on n'a pas parlé des données acquises de la science avec la HAS, et on parle rarement des données de la science sociale et de l'anthropologie.

Est-ce que dans le milieu hospitalo-universitaire ou dans les milieux libéraux, on voit un progrès ces 10 dernières années ? Pour avoir beaucoup œuvré sur l'accès aux soins à l'hôpital, quand je l'ai quitté j'avais l'impression que cela avait régressé et qu'on fermait plus la porte aux personnes qui avaient de grandes difficultés. En tant qu'étudiant interne, et puis AHU, et dans les milieux libéraux c'est une responsabilité individuelle, où, quelle que soit la loi, en fait cela reste difficile de soigner les personnes. C'est un engagement politique, un engagement social. Je vois que le syndicat des femmes chirurgiens-dentistes est très engagé. Je vous félicite.

Ce n'est pas une vision pessimiste, mais une vision réaliste. Je pense que c'est important de l'exprimer, justement ce genre de colloque est là pour cela aussi.

Si vous avez une autre vision ? Merci.

Estelle Machat

Juste répondre. On fait face à la bi-vulnérabilité des patients qu'on rencontre. Les hôpitaux, je parlais pour la partie hospitalière, est encore dans une vision très médicale et en particulier pour la santé orale. Faire rentrer des compétences sociales dans les hôpitaux, dans nos services, notamment en urgence. Pour les gens qui consultent dans le cas de l'urgence est souvent la seule expérience de soins qu'ils vont avoir. Il y aurait des tas de choses à mettre en place à cet endroit-là pour défaire, refaire des tas de représentations et faciliter l'accès pour la suite au système de soins. Pour l'instant, toute cette entrée sociale dans l'hôpital existe peu, voire pas.

Christelle Naud Llamas, PASS bucco-dentaire de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière

Je me permets de réagir. Je suis Christelle Naud Llamas, assistante sociale de la Pass bucco-dentaire de la Pitié-Salpêtrière. Plusieurs réactions.

Oui, le social avec le dentaire c'est possible. C'était une rencontre nouvelle en 2002, quand on a démarré avec le Dr Rilliard qui est avec moi, le Dr Lisa Friedlander, qui est ici à côté de moi, et tous les praticiens enseignants de Garancière qui effectivement découvraient l'action sociale. Le social à l'hôpital est très présent mais votre problématique n'est pas que le soin en milieu hospitalier effectivement.

Je suis aujourd'hui étonnée et pas étonnée, dans la mesure où tout ce qui a été évoqué, ce sont des problématiques que nous rencontrons,

régulièrement, tous les jours, quotidiennement avec une ampleur de fréquentation qui ne décroît pas.

Non, je n'ai pas le sentiment que l'accès aux soins s'améliore, depuis 2002 que nous travaillons. Nous sommes toujours là, nous sommes toujours motivés, nous sommes toujours vaillants, présents la porte ouverte. Mais les consultations, les fréquentations augmentent de manière régulière, avec pas du tout d'amélioration sur l'accès aux soins, en système de droit commun. Avec un recul, maintenant depuis 2002, des patients reviennent, que les praticiens, les équipes ont pris en charge, pour lesquels les prothèses sont déficientes un moment donné, sont cassées, sont usées, la cavité buccale a évolué, la prothèse n'est plus adaptée, et malgré tous nos efforts d'accompagnement social on se heurte aux limites financières aussi, pas que culturels, et le patient revient consulter. C'est un de nos plus gros constats d'échec. On est peiné parce qu'on n'a pas réussi. En même temps on ne se flagelle pas, parce que les politiques sociales, ce n'est pas nous qui les inventons dans nos services, mais c'est un constat d'échec en matière de prise en charge de la santé bucco-dentaire en France tout simplement.

Mais je suis très contente aujourd'hui. 2002 cela fait 15 ans, et bien il n'y avait pas autant de chirurgiens-dentistes qui se posaient toutes ces questions-là, et tout ce que vous avez exposé, évoqué, ce n'était vraiment pas reçu de la même manière.

Et donc oui, du coup, on progresse quand même. Merci beaucoup.

Nathalie Ferrand, Chirurgien-dentiste, Réseau Environnement Santé

Je voulais insister sur une notion importante, c'est qu'on est encore focalisé sur la confusion, Sylvie Ratier l'a expliqué, confusion entre santé et soins.

C'est-à-dire que dans notre tête, on parle de système de santé. En fait c'est de système de soins, et on ne s'occupe que de soins, d'accès aux soins et pas d'accès à la santé.

Si on part sur un système de santé, on voit globalement les différents déterminants et ce qui est intéressant, c'est qu'avec les différents déterminants il y a différents acteurs de santé. J'en citerai un par exemple, c'est l'agriculteur, par rapport à l'alimentation, lien entre l'alimentation et la santé orale. Donc si on a plusieurs acteurs de santé qui sont au-delà des simples, entre guillemets « professionnels de soins », l'intéressant c'est que du coup on se retrouve avec d'autres leviers par rapport à la santé. Je pense que cela nous ouvre d'autres horizons : ne pas faire reposer toutes les problématiques de santé sur les seuls professionnels de soins. Parce que cela est sans solution.

On est en train de faire un programme « ma santé 2022 », rien n'est abordé sur les questions de santé environnementale. Sylvie Ratier l'a expliqué tout à l'heure, il y a toute la problématique par exemple des perturbateurs endocriniens, qui est en fort lien avec les pathologies chroniques. Si on ne s'occupe pas d'être moins malade, de ces causes de toutes ces pathologies chroniques, on ne va pas s'en sortir. On est dans un

système bloqué et sans solution. Je pense qu'un des changements de paradigme majeur, est de passer d'une conception de soins à une conception de santé. Les professionnels de santé de soins pourront, ainsi, se libérer de cette pression parce qu'ils n'ont pas tous les leviers, et pouvoir mettre ces leviers au niveau d'acteurs de santé, même jusqu'aux banquiers. Je dis souvent, le banquier est un acteur de santé, parce que s'il place l'argent dans les sables bitumineux de l'Alberta, il y aura des conséquences à la fois pour les gens qui sont en proximité de ces sables, et pour l'ensemble de la population par rapport aux énergies fossiles. Je pense que c'est un des éléments qui nous permettrait de retrouver de la liberté : liberté de penser, et à la fois liberté d'action.

Viviane Tirlicien, militante ATD

Je voulais juste préciser que beaucoup de médecins refusent des personnes qui vivent la précarité et qui ont la CMU. Donc systématiquement on vous refuse, vous n'allez pas vous faire soigner, tout simplement.

Sylvie Ratier

On a des textes, je vous les ai énumérés, il y en a encore bien d'autres. C'est comment on arrive à transformer effectivement le texte dans la réalité et l'application des textes dans la réalité.

C'est compliqué. Cela est de la volonté de tous. C'est de la formation des professionnels, c'est important de revenir à la base de la formation des professionnels. Actuellement, il y a une grosse réflexion autour de ces formations et il commence à être abordé la problématique des informations spécifiques transverses où chaque professionnel, va sortir de sa propre spécialité pour voir ce qui se passe dans les autres spécialités, et se coordonner. Si le généraliste ne sait pas ou ne comprend pas l'impact de la santé bucco-dentaire sur la santé générale, cela ne peut fonctionner. A partir de ces changements, on peut s'appuyer sur les textes. Les textes seuls ne servent à rien, il faut les actionner, les faire jouer. C'est très difficile pour les personnes les plus vulnérables de faire valoir leurs droits.

Julie Burban

Pour faire valoir les droits, l'Ordre peut faire quelque chose, à la condition que le patient le signale. Il y a quand même une possibilité ordinale.

Sylvie Ratier

Bien sûr, il y a une possibilité ordinale. Des tas de structures comme la Halde, lutte contre les discriminations, des tas de structures, de dispositifs, encore faut-il avoir les ressources suffisantes pour actionner ces recours. C'est la difficulté. Tout comme les personnes victimes de violence, c'est la même chose chaque fois.

Caroline Desprès

Je me permets d'intervenir, parce que j'ai longtemps travaillé et je continue de travailler sur le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la

CMU. Concrètement les dispositifs institutionnels qui sont mis en place pour lutter contre le refus ne fonctionnent pas. J'ai des expériences très concrètes de dépôt de plainte, ayant suivi le dossier auprès du Conseil de l'Ordre, et on avait doublé la plainte chez le Défenseur des droits. Cela n'a pas abouti. Alors que c'était un refus de soins dans des conditions plus que caractérisées, diffamatoires. Un médecin qui insulte une jeune maman dans une salle d'attente. C'est l'expérience que j'ai : une maman qui avait un enfant malade, autiste. C'est le pire que l'on puisse imaginer. Cela ne concernait pas un dentiste.

Marie Bizerte, chirurgien-dentiste, Union Régionale des Professionnels de Santé des Chirurgiens-Dentistes (URPS) des Hauts-de-France

Je suis Marie Bizerte, vice-président de la Fédération des Syndicats Dentaires Libéraux (FSDL). Je suis là au titre de l'URPS des Chirurgiens-Dentistes des Hauts-de-France.

On fait un travail actuellement à l'URPS. Il y a toujours quelque chose qui m'interpelle quand on parle du renoncement au soins, ou des inégalités sociales de santé en général, c'est qu'on oublie toujours, que dans la démarche de santé, la démarche de soins, que le point de départ est le recours aux soins.

On l'a vu avec Bourdieu, cette notion d'habitus, de statut social, de capital culturel est extrêmement importante dans la dimension de recours à des soins, à la base asymptomatique. La carie qui débute, ne fait pas mal. J'ai travaillé pour la Fondation de l'Abbé-Pierre et c'était intéressant, sur la base d'un photolangage, de comprendre qu'en fait pour les personnes qui étaient en situation de grande précarité, les soins bucco-dentaires, le sourire n'étaient pas aussi importants que pour moi, qui suis chirurgien-dentiste, et qui souhaite culturellement, c'est ma culture d'action, une bouche avec 28 dents saines, globalement alignées et blanches.

Cette dimension de culture de la santé bucco-dentaire, varie pour moi en fonction du statut social. Je pense que le point de départ avant de parler de l'accès aux soins, avant de parler de son corollaire qui serait le renoncement aux soins, c'est qu'il faudrait travailler sur le recours aux soins, le recours aux visites de contrôle. On peut dépister. Nos maladies sont soignables, évitables en prévention primaire. On peut les dépister précocement, et garder les dents le plus longtemps possible en bouche, à condition que les gens viennent nous voir vite. S'ils viennent au stade où les dents sont symptomatiques, en général il est tard, et s'il est tard ce sera cher.

C'est vraiment un discours qu'il faut médiatiser.

Sylvie Ratier

Bien sûr qu'avant d'envisager le non-recours, il faut regarder le recours. En fonction de son statut social, on a des préoccupations différentes. C'est justement cela les inégalités sociales.

Marie Bizerte

Je suis bien d'accord, j'ai fait Sciences de l'éducation, d'où le travail de prévention et le travail à faire par les institutions. Ici on n'est pas qu'entre chirurgiens-dentistes. Entre chirurgiens-dentistes, j'aurais le sentiment d'enfoncer des portes ouvertes, mais s'il y a des non-chirurgiens-dentistes et des institutionnels dans la salle, je pense qu'il y a un gros travail à faire par les institutions par la médiatisation, plutôt que de toujours dire que le chirurgien-dentiste, c'est trop cher, et qu'on y renonce parce que c'est trop cher. Il faut inciter les gens à venir nous voir pour se faire soigner avec des soins opposables qui sont pris en charge intégralement.

Sylvie Ratier

Mais en même temps, on est sur un système de soins et pas sur un système de santé. Le système de soins va prendre en charge effectivement.

Marie Bizerte

Le système de santé doit amener les gens à être acteurs de leur santé. Avec l'URPS, on travaille sur NUDGE (paternalisme libertaire) : comment inciter les gens à avoir une démarche de santé qui soit à leur bénéfice. Pour un système de santé, à un moment donné il faut se croiser : ou les gens passent la porte du cabinet dentaire ou les autres acteurs, du système de santé, médico-sociaux, sont intéressés par la santé bucco-dentaire.

Sylvie Ratier

Oui c'est cela, c'est par la formation.

MÉDIATIONS EN SANTÉ

Isabelle Thiebot, Aide odontologique internationale (AOI) - Réseau social dentaire du Val de Marne,

Lisa Friedlander, MCU-PH en odontologie prothétique. Référente PASS à la PASS Bucco-dentaire de la Pitié Salpêtrière.

Isabelle Thiebot

Nous pensions avoir un temps d'intervention, assez comprimé mais nous l'aurons assez étiré. En effet, je dois excuser Martine Antoine, coprésidente de l'Institut Théophraste Renaudot et Nora Trehel, présidente Mutualité familiale (FNMF), toutes les deux ne pourront pas participer aux échanges de cette deuxième table ronde, retenues par des obligations.

Je suis chirurgien-dentiste et j'exerce depuis de nombreuses années dans un centre de santé de la Croix Rouge en banlieue Nord, qui reçoit une population précaire importante.

Je vais parler de la médiation sociale, à partir de l'expérience du Réseau Social Dentaire du Val de Marne (RSD 94) que je coordonne. Il a été créé par le Conseil Départemental du Val de Marne et repris par l'Aide Odontologique Internationale (AOI) en 2012. L'AOI s'occupe essentiellement du développement de la santé bucco-dentaire dans des pays en développement mais a une petite branche en France dans le Val de Marne.

Avec Lisa Friedlander de la PASS bucco-dentaire de la Pitié-Salpêtrière, nous allons parler des médiations médico-sociales dans le contexte de l'accès aux soins.

Lisa Friedlander

Je suis MCU-PH en odontologie prothétique. Je suis référent PASS à la PASS bucco-dentaire de la Salpêtrière qui existe depuis 2002. J'y suis depuis 2004. C'est le Dr Frédéric Rilliard qui dirige cette unité fonctionnelle. Elle est une entité du service d'odontologie avec, en dehors des urgences, la file active la plus importante au sein de ce service. L'assistante sociale de cette PASS, Christelle Naud Llamas, est le pilier de l'existence, du fonctionnement et de la pérennité de cette PASS. Je parle, mais cela aurait pu être eux. Cela aurait sans doute été mieux, mais ils n'avaient pas le temps.

Je vais présenter cette PASS qui est une permanence d'accès aux soins de santé. Elle accueille des patients en renoncement aux soins pour raisons financières quelle que soit leur protection sociale ou leur absence de protection sociale, même s'ils ont une mutuelle et surtout s'ils n'en n'ont pas, quelle que soit leur nationalité, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière sur le territoire. C'est plutôt mieux s'ils ont plus de 14 ou 16 ans, s'ils ne sont pas de très jeunes mineurs isolés.

La Pass est une MIGAC (Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) avec des fonds pérennes chaque année. Elle est assez bien dotée. Je donnerai quelques chiffres pour clarifier nos missions médico-sociales.

Isabelle Thiebot

Dans le RSD 94, qui sont les populations précaires ? La question du seuil se pose toujours quand on parle de population précaire. Dans notre cas, ce sont des personnes qui fréquentent des structures sociales pour des facteurs de précarité et de vulnérabilité le plus souvent autres que la santé : la formation, les ressources, le logement etc... Dans ces structures, une grande partie des personnes sont en renoncement aux soins dentaires.

Le Val de Marne est un territoire relativement favorisé avec une offre de soins assez importante et variée, ce qui est important dans notre logique de médiation. Cela signifie que cette expérience n'est pas forcément transposable sur des territoires moins bien dotés.

L'objectif du réseau n'est pas de soulager ponctuellement une douleur, mais d'aller vers une réhabilitation globale avec soins, prothèse et tous les autres soins nécessaires à une bonne santé orale, en faisant rentrer les personnes dans le système de santé de droit commun. Il est essentiel d'éviter une filière spécifique quand il y a des possibilités dans le droit commun. Cela fait partie de la réinsertion sociale.

La médiation prend en compte tous les facteurs du renoncement, dont certains ont déjà été évoqués.

A l'origine, toutes les personnes qui sont en renoncement savent qu'elles ont besoin de soins. Le problème est d'exprimer une demande. Là, commencent les blocages et les obstacles. La demande doit être verbalisée, reçue dans un cabinet dentaire si possible adapté. Il faut qu'il y ait un financement, c'est la question de droits. Ce sont des déterminants externes à la personne.

Mais, le réseau voit une proportion importante de personnes pour lesquelles il y a un financement potentiel, une offre de proximité, mais un renoncement. C'est l'espace socio-culturel, extrêmement vaste dans lequel il y a les questions des connaissances et des aptitudes. Il est complexe parce que rempli de facteurs humains divers et sensibles. C'est l'histoire des expériences, des échecs, des souvenirs etc... Cela a été évoqué par Caroline Desprès.

Sur ces facteurs humains se greffent et se combinent les types de pathologies et de besoins de soins, la protection sociale et l'offre disponible. Le tableau est spécifique, donc individuel. Ce qui fait que la médiation médico-sociale va être de l'ordre du global quant aux facteurs et de l'individuel. Il comprend l'information et l'accompagnement.

C'est l'espace de la résignation, de la méconnaissance, des idées reçues : « c'est comme cela », « je fais avec », « les dents, c'est quand on a de l'argent » etc... Les dispositifs ne sont pas connus. Il y a des inquiétudes : « combien y aura-t-il à payer ? ». Il y a l'incapacité à utiliser l'information.

Pour illustrer cela, voici un tableau simplifié qui présente d'un côté la protection sociale et de l'autre un certain nombre de traitements dentaires. Selon le traitement dont on a besoin, les prises en charge sont différentes. C'est le seul domaine de la santé où l'on a ce problème.

Il y a aussi la question du 1/3 payant, ce n'est pas partout, c'est quand ?

Les travailleurs sociaux qui devraient informer, renseigner et orienter, sont bien incapables de s'y retrouver dans un tableau comme celui-ci, indéchiffrable si ce n'est par un spécialiste qui connaît à la fois le système de protection sociale et les aspects dentaires. Ils ne peuvent donc pas être efficaces sur une médiation dentaire alors que dans le domaine de la santé générale, ils peuvent l'être.

Un exemple : un bénéficiaire de la CMU a besoin d'une couronne, c'est sur la 1^{ère} prémolaire, sur la seconde ? Qui va savoir lui dire sur que sur cette dent, une couronne métallique sera prise en charge et que s'il veut une couronne céramique, il faudra rajouter ? Et combien faudra-t-il rajouter ? C'est la question à chaque fois.

Les praticiens sont aussi perdus. Certains connaissent la protection sociale, d'autres pas. Certains sont fâchés qu'elle soit comme cela ! Il faut voir aussi leur côté : quels moyens ont-ils ? Ils sont isolés, ils ont des contraintes de gestion etc...

La précarité est une histoire de ruptures. On est plus « assuré » de rien ou on ne sait pas si on l'est. On perd pied, on perd son travail, on perd ses droits. On a honte, on est jugé comme ne faisant pas partie des bons. On fait partie des « sans dents », des « sans avenir », des « pas capables de se faire soigner les dents », « que va me dire le dentiste », « qu'est-ce que l'on va me reprocher ? », « qu'est-ce que j'ai à me reprocher ? ». On en arrive à l'auto-jugement et à l'image de soi, on en a déjà parlé. Il y a une conjugaison de l'image de soi globale et de l'image de sa bouche, de la sphère orale, dont on sait l'importance dans la vie. Les images négatives se renforcent mutuellement. « Ma mauvaise santé est normale compte-tenu de ce que je suis ». On est là dans des choses profondes et lorsque l'on va essayer de sortir les personnes de cela, c'est un travail compliqué.

Renforcement par l'offre aussi. Quand il y a des refus directs ou indirects, quand des bénéficiaires de la CMU ressortent avec des devis de 2000 ou 3000 euros, ils nous disent : « vous nous aviez dit que c'était gratuit, vous voyez bien que ce n'est pas vrai. ». Le clou est enfoncé et la difficulté à en sortir plus grande.

Tous ces éléments, on les retrouve dans les histoires des gens qui rentrent dans le RSA.

On a pas mal travaillé avec les Espaces Départementaux des Solidarités (EDS) du Val de Marne, chargés du RSA. Souvent, les personnes se sont fait soigner à une période où leur situation n'était pas mauvaise, puis il y a une régulière descente sociale et financière. Rien n'est plus assuré. Pendant un temps, elles n'ont plus de complémentaire. Elles ont à faire face à des priorités financières, à chercher du travail, payer la cantine pour les enfants, le loyer etc... c'est un combat quotidien. Vivre avec le RSA, je ne sais pas si certains d'entre vous peuvent l'imaginer, mais ce n'est sûrement pas simple. Elles ont peur ensuite de dire à leur dentiste qu'elles n'ont plus les moyens, ou leur dentiste leur dit « maintenant, je ne peux plus vous soigner », ça arrive. Il y a une dégradation progressive de l'état dentaire et 3 ans après c'est le RSA. Elles ne savent pas forcément quelles ont droit à la CMU. Et si elles savent, elles ne savent pas très bien ce qu'elle couvre. On a de gens qui au moment où ils rentrent dans le RSA, sont dans un état de désespérance par rapport à leur santé dentaire : « j'en suis arrivé là où il n'y a plus rien à faire pour ma santé ».

Nous allons vous présenter 2 dispositifs : le RD94 et la Pass dentaire. Il y en a beaucoup d'autres. On peut en citer quelques-uns : la PFIDASS, le bus dentaire, les coursiers sanitaires qui se développent en Seine Saint Denis. C'est un système entre le patient et le médecin. On peut s'intéresser à tous. Ils ne sont pas opposés mais complémentaires. Ils correspondent à des spécificités de situations, de publics...

Pour ce qui est du RSD94, le but est d'aller vers le public dans les structures sociales et de faire passer les personnes qui en ont besoin, du renoncement à une

réhabilitation dans le système de droit commun, de les remettre en capacité de gérer leur santé dans une perspective de santé globale.

Il y a 3 niveaux dans le réseau. Le premier : on rencontre les personnes, individuellement et/ou collectivement dans des structures sociales, et on les incite à penser qu'il y a des solutions puisque l'on parle d'un public qui a en majorité des solutions financières. Il s'agit de faire une brèche dans l'idée que ce n'est pas possible pour elles.

Au cours du premier contact, il y a une proposition d'entretien individuel à la suite. A ce niveau, un certain nombre de personnes ont une question simple à laquelle on peut répondre immédiatement. Par exemple : « j'ai la CMU, j'ai besoin d'une couronne, comment est-elle prise en charge ? ». En 2018, le réseau a été en contact avec environ 1400 personnes.

Le 2nd niveau est un entretien individuel au cours duquel on va chercher les raisons du renoncement, à la fois médicales et sociales. On va identifier les obstacles, proposer des solutions et éventuellement un accompagnement. On va, si besoin, orienter vers le référent social de la structure dans laquelle on intervient et qui va pouvoir s'occuper des droits ou d'un dossier d'aide exceptionnelle de la sécurité sociale. Ou on oriente vers une offre de soins. Si ce sont des cas complexes, on oriente vers le 3^{ème} niveau du réseau. Un point très important dans tout ce parcours, c'est de redonner confiance. Sans cela, ça ne marche pas. Les entretiens durent en moyenne 20 minutes. Ils se déroulent dans les structures sociales ou par téléphone. Il y a un numéro de tel vert gratuit. Il y a eu environ 350 entretiens en 2018, soit ¼ des contacts de base.

Le 3^{ème} niveau prend en charge des personnes présentant des situations compliquées : problèmes de santé physiques et ou psychiques, problèmes de santé dentaire complexes, désocialisations, addiction... Tout cela interférant. La prise en charge spécifique comprend un bilan médico-social approfondi. On va identifier les problèmes, essayer de comprendre, donner des explications, remettre en confiance, tout cela en dialogue. L'issue, est un parcours de soins balisé avec une orientation vers une structure de soins. La totalité des personnes sortent avec un rendez-vous dans un cabinet adapté. Les bilans se passent sur rendez-vous. Une convention avec l'AP nous permet de disposer d'un box une demi-journée par semaine dans le service d'odontologie de l'hôpital C. Foix d'Ivry. Ce sont des rendez-vous longs d'environ 1h30.

On recueille les degrés de satisfaction des personnes qui téléphonent et de celles en situation complexes. Ils se situent autour de 90 %.

Nous ne sommes pas capables de faire un suivi du niveau 2. Est-ce qu'avec une information, les personnes vont aller se faire soigner ou pas ? Cela fait partie des limites du réseau.

Quand je parle d'offre adaptée, cela signifie qu'elle va être au croisement des situations sociales et médicales. Sur le niveau 2, on donne le plus souvent l'indication d'un secteur de soins :

- le secteur libéral de proximité pour les cas simples et il y en a,
- des centres de santé, plutôt s'il y a une question d'avance de frais, pour la pratique du tiers-payant. Le 1/3 payant est compliqué en particulier pour les bénéficiaires de l'ACS - cela devrait être dans tous les cabinets, mais c'est loin d'être général - ou encore de grandes difficultés sociales, de l'addiction...
- Les PASS dentaires sont en particulier indiquées pour les bénéficiaires de l'AME qui ont besoin de prothèses puisqu'autrement, la prise en charge n'est que partielle. Cela peut-être aussi des personnes sans mutuelles et sans ressources.

- Le service hospitalo-universitaire de C. Foix. Nous avons la chance d'y avoir des spécialistes, une prise en charge en urgence s'il y a besoin, suivie d'une orientation sur place ou ailleurs.

Le but est de ne pas engorger un secteur mais de répartir sur l'ensemble de l'offre existante. Il y a des praticiens qui prennent tout le monde. Si on leur envoie 350 personnes, il y aura un problème !

Etant sur des facteurs humains importants, l'efficacité va être très liée à la capacité de remettre en confiance et d'être précis. C'est une rencontre et il faut du temps. Si l'on dit au gens : « vous avez des centres de santé, allez-y », cela ne marche pas. C'est : « voilà votre situation, voilà pourquoi cette solution-là va convenir ». On est sur un travail de cas par cas. Grâce à cela on a une remise en confiance. Souvent, après un entretien, les personnes nous disent : « si j'avais su ! ».

Les conditions sont d'avoir :

- du personnel spécialisé qui ait des connaissances sur les pathologies et les traitements sur la protection sociale, sur l'offre sur le territoire, pour pouvoir donner des informations précises. Les travailleurs sociaux, avec toute leur bonne volonté disent « on n'aborde pas le bucco-dentaire parce que c'est intime et la santé bucco-dentaire, personne n'en parle ». Les personnes parlent peu de la santé, mais pratiquement pas de la santé bucco-dentaire.
- des partenariats avec des structures sociales et sanitaires.
- des financements.

Il y a des limites :

- on butte parfois sur la protection sociale. Quoi faire quand il y a besoin de parodontie spécialisée et qu'il y a des dépassements d'honoraires ? Il y a les enfants polycariés. Pour le Meopa, il y a des dépassements d'honoraires partout y compris dans le service public. Que fait-on avec les enfants qui en ont besoin de Meopa ? Quand on le RSA, 2 enfants qui en ont besoin, qu'est-ce que l'on fait ? Souvent les gens arrivent à nous, ils sont déjà passés par un certain nombre de cabinets dentaires où on leur a dit : « ce n'est pas de notre compétence ». Ce sont deux exemples et il y en a d'autres.

- On trouve très difficilement du personnel spécialisé. Le réseau a été pendant un an sans médiateur médico-social ayant les compétences voulues.

- Le réseau a peu de partenariats avec des libéraux.

- C'est un dispositif associatif avec des moyens humains et financiers réduits.

On a parfois l'impression de mettre une rustine sur un pneu qui éclate partout.

Lisa Friedlander

La Pass dentaire a été créée en 2002. Elle est assez bien dotée avec 600 000 € par an, un praticien hospitalier à temps plein, 12 demi-journées de praticiens attachés et un travailleur social à 80 % mais qui en fait beaucoup plus. On reçoit des patients qui sont en renoncement aux soins pour motif financier, quelle que soit leur protection sociale, leur nationalité, leur mode de régularisation sur le territoire français. Ils se présentent en disant : « je ne peux pas payer les soins dont j'ai besoin ».

Je vous explique rapidement le fonctionnement que vous connaissez peut-être parce que l'on a déjà fait cette présentation de nombreuses fois. Le patient est vu dans une 1ère consultation PASS avec un référent de la PASS. La 1ère consultation est assez classique. On va demander au patient le motif de sa consultation et sa demande. On va faire des examens complémentaires

radiologiques. S'il émet un renoncement aux soins pour raisons financières, on va faire une ébauche de plan de traitement, une observation clinique. Dans un second temps, si possible immédiatement après, il va rencontrer notre travailleur social pour un entretien qui est plus qu'un entretien social, qui est un entretien de vie, un échange long où beaucoup de choses sont dites. Des choses qui vont apporter des éléments au dossier social sur les ressources, les obligations sociales qu'ils ont, leurs charges. Et beaucoup de choses vont être dites dans ce cadre. Après, nous nous réunissons tous les mois en commission d'admission avec des représentants de la direction et de la direction financière de l'hôpital, un expert médical qui est souvent le chef de service ou un autre praticien, les référents et le travailleur social de la PASS bucco-dentaire pour évaluer la possibilité pour la PASS de financer le plan de traitement prévu. Ce plan de traitement est un plan de réhabilitation orale globale en différentes phases, qui se colle plutôt au panier de soins de la CMU-C, sauf les soins parodontaux. Ceux-ci sont pris en charge et financés par la PASS quand ils sont nécessaires : les surfaçages, l'assainissement parodontal, évidemment qui sont des soins hors nomenclature. C'est le cas aussi de la stabilisation de prothèses complètes mandibulaires par 2 implants à la symphyse comme le veut le consensus de Mac-Gill.

Nous avons par ailleurs, une collaboration avec une entreprise privée d'implants Zimmer qui a un protocole universitaire et travaille avec de nombreuses universités dans le monde. Pourquoi ? Libre à vous d'en juger, mais il offre à des étudiants, l'implant et l'accastillage prothétique, pour poser 1 à 2 implants par an en dernière année. Nous pouvons donc poser à des patients de la PASS bucco-dentaire mais aussi à d'autres patients, des implants dans des cas que nous avons définis, c'est-à-dire des implants simples, encastrés, sans mises en condition tissulaires préalables. Cela permet à l'étudiant de se familiariser avec la technique implantaire et à un patient d'avoir une solution en accord avec les données acquises de la science quand elle est justifiée d'un point de vue médical et s'il y a une logique dans le projet de réhabilitation orale globale de ce patient. Et Zimmer fait son travail d'industriel. Tout cela est très bien. Nous nous en servons beaucoup et cela profite à de nombreux patients et aux étudiants.

Dans quels cas les dossiers sont-ils refusés ? Quand la commission considère que le patient pourrait, par la mutualisation, pouvoir payer ces traitements. Il y a assez peu de patients dont on ne va pas prendre en charge la réhabilitation globale.

C'est une réhabilitation prothétique ambitieuse avec de la prothèse fixe. On le fait en plusieurs phases avec une phase 1 d'assainissement, une phase de prothèse transitoire. On dit toujours que l'on ne fait pas du soin social. On ne fait pas des petits râteliers en résine.

On fait de belles choses en Zircone, en céramo-céramique... On fait comme on aimerait être soignés. En tous cas, on l'espère. Etant un service hospitalo-universitaire, ces patients sont soignés par des externes quand cela se passe bien. Si c'est un peu plus hard, ce sera avec un interne et quand le patient ou les soins sont plus compliqués, ce sera un sénior. Dans le service d'odontologie, il y a la PASS mais aussi d'autres patients qui ne sont pas dans la PASS, qui paient leurs soins avec les devis de l'AP. On a des patients handicapés, des patients très malades. Dans ce service, on reçoit des patients qui sont globalement vulnérables, vulnérabilité médicale ou sociale. Tous les patients sont soignés au même endroit, par les mêmes praticiens, avec les mêmes prothésistes, dans les mêmes conditions qui sont celles de l'hôpital, c'est-à-dire parfois avec des plans

de traitement qui sont compliqués et longs, des soins faits par des externes. C'est notre système qui est ainsi. Il n'y a pas de marqueur PASS. C'est ce que l'on dit aux étudiants : « ce n'est pas un patient PASS, pas un patient CMU, pas un patient VIH etc... ».

C'est l'ultime recours aux soins pour les patients que l'on reçoit. C'est ce que l'on dit aux étudiants : « s'ils avaient le choix, ils préféreraient se faire soigner ailleurs plutôt que d'avoir 2 ans de traitement pour avoir 2 couronnes et un stellite. On essaie de leur apprendre et c'est souvent la seule rencontre de la vie de ces chirurgiens-dentistes libéraux avec des populations fragiles socialement, dans leurs parcours de vie, de migrants, leur histoire, les barrières de la langue.

On se rend compte que les relations qui sont créées avec les patients sont les relations que les chirurgiens-dentistes vont avoir tous les jours avec leurs patients. On se rend compte qu'ils passent - on l'espère, et c'est notre souhait - beaucoup de barrières psychologiques pour soigner des « pauvres » qui n'ont pas de papiers. On leur apprend des visages de la pauvreté et de la précarité qu'ils ne connaissaient pas. Pour beaucoup de jeunes, les pauvres, ce sont les « clodos ». Ils se rendent compte que l'on n'est plus du tout là, que l'on a des gens de toutes nationalités, très bien habillés, qui se présentent très bien et qui n'ont rien à manger. On est très attentifs à la façon dont sont reçus humainement ces patients, comme tous les patients.

On reçoit beaucoup de monde, la file active est de plus de 1000 patients par an. Il y a à peu près 500 nouveaux patients par an, plus de 600 entretiens sociaux par an par la même personne. Un entretien social, ce n'est pas un simple détartrage. C'est considérable. On reçoit des patients jeunes, entre 25 et 64 ans pour 1/3 et une population vieillissante avec de petites retraites. Dans la majeure partie, ils ont un domicile qui n'est pas stable. Ils ne vivent pas dans la rue, mais de maison en maison, de squat en squat, d'ami en ami. Ce sont des gens qui ne peuvent pas s'acheter du doliprane. On leur dit qu'il faut essayer de se brosser les dents, de préserver ce qu'on leur a fait parce qu'on y a mis du temps, de l'énergie, que cela coûte de l'argent même si ce n'est pas à eux, mais tout en modérant le discours quand ce sont des gens qui n'ont pas de lavabo, qui ne peuvent pas s'acheter des brosses à dents inter-dentaires à 12 €, sans faire du soin social par ailleurs. C'est tout l'enjeu de ces consultations.

Jean-Paul Espie

Une intervenante de la mutualité devait, à cette table ronde, présenter le RAC0.

Je vais faire une petite incise le concernant pour le glisser dans les échanges.

Le RAC 0 est un dispositif en devenir, attendu au 1er juillet.

La convention des chirurgiens-dentistes prévoit, jusqu'en 2023, une revalorisation des tarifs de soins conservateurs, l'amélioration de la prise en charge des soins, le renforcement des actes de prévention, notamment chez les enfants et les jeunes, la prise en charge d'actes de prévention avec un forfait de prévention couvrant plusieurs séances au cours desquelles un dentiste réaliserait des soins et prodiguerait des conseils et des recommandations.

Une large partie de ces actes seront remboursés intégralement, sans aucun reste à charge pour l'assuré dans le cadre du panier RAC0.

Un alinéa est intéressant : l'application des valorisations opérées sur les soins conservateurs, permettent ainsi aux chirurgiens-dentistes de réorienter leur

pratique. Donc il y a aussi un choix de réorientation des pratiques du soin vers la prévention.

Isabelle Thiebot

Pour conclure, quelques propositions à différents niveaux. On souhaiterait

- une protection sociale complétée et simplifiée
- pour les professionnels de santé :
 - o davantage de formation initiale et continue,
 - o leur accompagnement pour des publics vulnérables. Voire comment ?,
 - o leur intégration dans des réseaux,
 - o la reconnaissance financière de certaines prises en charge.
- des PASS plus nombreuses et avec des soins prothétiques
- des dispositifs de médiation médico-sociale dentaire
 - o avec une couverture territoriale et dans tous les centres hospitalo-universitaires. Une multiplication des centres ressources,
 - o la création d'un métier de médiateur spécialisé,
 - o l'intégration de la médiation dans les plans de santé publique.
- de la recherche

La médiation peut être une arme pour la santé bucco-dentaire mais aussi pour la santé générale puisque l'on voit bien que tout est lié, et aussi pour la lutte contre la précarité. Parce que quand on a pu passer d'un état de santé dentaire très dégradé à un bon état de santé, c'est une réussite, c'est « j'ai pu », c'est manger, sourire etc... Ce sont des acquis en compétence en santé et dans la vie.

La médiation a un coût. C'est de l'argent que l'on peut considérer comme bien placé. Le coût est relatif par rapport aux impacts qu'elle peut avoir. Il faut voir le retour sur investissement en économie de la santé. C'est le prix d'un droit constitutionnel et d'une cohésion sociale.

Le Président de la République a parfois des doutes sur le bien-fondé de l'argent qui est mis dans les dispositifs sociaux, on lui présenterait bien volontiers la médiation médico-sociale dentaire pour lui montrer que cela peut être de l'argent bien placé !

Lisa Friedlander

Je ne suis pas d'accord sur la multiplication des PASS. Celles qui existent rendent beaucoup de services. Elles sont un peu l'aval de beaucoup d'institutions et d'associations. Il ne faut pas plus de PASS mais plus de droit commun, plus de dentistes qui soignent des patients. Ce n'est pas le lieu pour parler de cela, je prends la précaution de le dire parce que sinon, c'est vous qui allez me le dire, mais le soin pour tous, c'est super, mais quel soin pour tous ? Il y a des gens mal soignés dans des centres, alors qu'ils pensent pouvoir accéder à des soins. Il faut plus de gens qui font leur travail de soignants, mais pas des gens qui ont des prérogatives d'entrepreneurs et non de soignants. Plus de centres de droit commun où l'on fait du soin dans les objectifs de la science et pas de l'abattage pour dire que l'on a soigné les pauvres.

Isabelle Thiebot

Je suis parfaitement d'accord sur le principe. En revanche, au quotidien dans le réseau, quand on a une personne qui a l'AME et qui a besoin de prothèse, on fait appel aux PASS. Il est vrai que dans une perspective à long terme, générale et éthique, oui je vais bien dans ton sens.

Lisa Friedlander

Il y a peu de personnes qui ont l'AME, aujourd'hui en France, on sera bien là pour ça.

Thomas Mercier, Chirurgien-dentiste, conseiller médical à l'ARS Grand Est - Intervention de la salle

Ma première question est pour le syndicat des femmes chirurgiens-dentistes. Je ne suis pas forcément pour l'uniformisation des enseignements - s'il y a des hospitalo-universitaires dans la salle et il y en a - mais je pense qu'il y a peut-être une harmonisation des enseignements qui devrait être faite, et peut-être qu'il y a un travail à faire entre votre syndicat et le collège des enseignants en santé publique pour enseigner à nos futurs jeunes praticiens ce qu'est une prise en charge d'une femme qui est victime de violences. Quels en sont les risques ? Quelles sont les précautions à prendre ? Quelle est la position de base à adopter pour un chirurgien-dentiste ? Quelle est la position de non-jugement à avoir ? Je ne veux pas forcément revenir là-dessus, éventuellement, on en reparlera après.

Je voulais remercier toutes les personnes qui sont intervenues parce qu'il y a eu vraiment un beau panel décrivant les différents visages de la précarité. On a eu des cas cliniques qui illustraient vraiment bien cela. Je pense qu'il est peut-être aussi important de parler des lieux où l'on va trouver cette précarité et cette inégalité sociale, parce qu'il n'y a pas que la précarité, il y a aussi le handicap, les personnes âgées, l'isolement, les CSAPA, les CAARUD, les détenus également. C'est vraiment extrêmement varié et je pense que c'est important à prendre en compte parce que, comme vous l'avez tous signalé, on n'est pas que sur du soin. Le concept est bien plutôt le parcours de santé. A travers cela, on sait bien que l'enjeu n'est pas forcément de soigner la personne mais aussi d'amener la santé à la personne, parce que l'inégalité sociale en odontologie est un iceberg et on ne touchera jamais qu'une petite partie.

Aujourd'hui, plein de gens sont laissés de côté. Comment on peut faire cela ? Je crois qu'il faut penser à la formation des professionnels relais, le chirurgien-dentiste ne peut pas tout faire. Il ne voit pas tout le monde. On sait bien que la consultation annuelle n'est pas valable pour une grande partie de la population et peut-être qu'il faudrait penser à tous les professionnels, que ce soit du social, du médico-social, du sanitaire pur, je pense à l'éducation nationale. Il y a énormément de choses à mettre en place. Et là-dedans, en tant que professionnel d'ARS, on essaie de tirer dans ce sens, mais il serait bien qu'au niveau national des positions soient très claires.

Je suis très étonné parce qu'on a un peu parlé des personnes qui ont un vrai traumatisme par rapport au chirurgien-dentiste, mais on n'a pas du tout évoqué le traumatisme trans-générationnel. C'est l'image du chirurgien-dentiste, de l'arracheur de dents qui se transmet de génération en génération. Je pense qu'il y a un vrai travail de communication à faire qui doit venir de notre profession mais pas forcément que d'elle. Là-dessus, on a du boulot pour faire évoluer les choses, parce que, tant que l'on ne se débarrassera pas de cette image-là, on n'évoluera pas, même au sein de notre propre profession.

Ensuite, je sais qu'au sein des Ordres de chirurgiens-dentistes départementaux, on a des référents vulnérabilités. Je ne sais pas si on a des représentants de l'Ordre aujourd'hui, mais cela serait intéressant qu'ils se positionnent. Quel est

leur rôle ? Il n'est pas clair aujourd'hui et il y a de vrais partenariats à développer.

Ensuite, je suis désolée, c'est un propos qui n'est pas forcément très sympathique, mais effectivement, le côté PASS dentaire et le réseau dentaire du Val de Marne, c'est très Ile de France, mais, nous en ruralité, on a des problèmes, on a des régions comme la Champagne-Ardenne où l'on a un centre hospitalier qui fait de l'odontologie. Un seul, il peut être à 3h de route.

Lisa Friedlander

Il y a 20 PASS bucco-dentaires en France.

Thomas Mercier

Oui, on a travaillé dessus. C'est vrai que l'on a un vrai problème à ce niveau-là. Je vais finir avec une question très précise, très technique. Sur la PASS dentaire, quand il y a une prise en charge, vous avez bien expliqué qu'il n'y avait pas de stigmatisation du patient puisqu'il était pris en charge comme tous les autres au sein du service. La Pass dentaire est fondue dans le service. C'est une exigence que l'on a eue au niveau du Grand-Est également. Comment se passe le retour dans le droit commun ? Par exemple un plan de traitement qui puisse remettre un patient en bonne santé est établi, il est sans droit, ou sans mutuelle qui lui permette d'y accéder. Il acquiert des droits au bout d'un mois, avant que l'on ait commencé les étapes prothétiques, que se passe-t-il ?

Lisa Friedlander

Si c'est un patient qui peut accéder à l'AME, il ne pourra pas avoir de réhabilitation prothétique en dehors de la PASS. Donc les soins et la réhabilitation prothétique vont être faits par la PASS.

Si c'est la CMU-C et que l'on va pouvoir l'aider avec des centres de santé partenaires que l'on connaît, dont on connaît le travail qualitatif, l'objectif est qu'il aille plutôt s'y faire soigner. On va l'y adresser avec un rendez-vous. Si malgré une protection sociale de droit commun, telle que la CMU-C, il n'arrivera pas pour une raison ou une autre qui peut être aussi liée à une maladie, à une pathologie mentale, à une addiction etc... à trouver un soin à l'extérieur, il sera alors, bien-sûr pris en charge dans le service d'odontologie. Si les droits qu'il peut avoir ont été retrouvés, qu'il a été aidé à avoir une mutuelle, qu'on lui fait un devis de l'AP et qu'il ne peut pas le payer, bien-sûr, la PASS prendra en charge les soins. Ce n'est jamais un refus de soins. C'est : est-ce qu'il y a une alternative de droit commun auquel on peut lui permettre d'accéder pour ses soins ? Nous, ce que l'on voudrait dans nos rêves les plus fous, c'est qu'il puisse après des soins, pour le contrôle, la prévention, aller ailleurs. Mais ce n'est pas le cas. Il y a une habitude à se faire soigner ici et les patients ont envie de continuer à se faire soigner par ceux qui les ont soignés. Et puis il y a un problème d'offre. Il y a des patients qui ont la CMU-C que l'on a soigné il y a 10 ans, 8 ans ou moins qui pourraient aller se faire soigner ailleurs, qui vont bien et que l'on continue à soigner. Alors peut-être que nous avons un grand biais parce que nous sommes à Paris, sans doute et je l'entends, mais c'est notre réalité. Je ne peux parler que de celle que je connais et elle est là ?

Je propose de donner la parole à Christelle Naud-Llamas et qui va vraiment bien répondre à cela.

Christelle Naud-Llamas, Assistante sociale, Service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Paris - Intervention de la salle

Pour compléter, pour nous, un patient bénéficiaire de la CMU-C, la première question que l'on va se poser est : « est-ce qu'il a vraiment besoin de nous ? ». Dans la nouvelle terminologie, les PASS sont rentrées dans le droit commun. Moi, je ne suis pas du tout d'accord avec cela mais je ne devrais pas le dire. Les dispositifs PASS sont un recours en dehors de toutes autres solutions dans le droit commun. Mais je sais bien que dans le dernier PRAPS, nous sommes rentrés dans le système de droit commun. Effectivement, en consultant à la PASS, le patient le paie de son temps. Il lui faut une extrême patience. La première question est : « est-ce que l'on peut le réorienter vers l'extérieur ? ». C'est là où l'on travaille ensemble. Moi, j'évalue la situation. S'il y a une possibilité de le réorienter en soins de ville, je valide le plan de traitement avec les praticiens, en se disant : « est-ce que l'on est sûrs qu'en cabinet de ville il n'y a pas de dépassement d'honoraires là où le patient sera pris en charge ? ». Si c'est oui, il sort de la consultation, on lui prend un rendez-vous. On choisit un cabinet de ville en fonction de la proximité de son lieu de vie. Il sort avec un rendez-vous et le compte-rendu de la consultation. C'est notre objectif premier, mais on ne peut pas le réaliser très souvent, parce qu'il y a quelque chose dont on n'a pas parlé. On a parlé des patients bénéficiaires de l'AME, de la CMU, mais il y a tous les autres qui, depuis 2 ans, avec la mise en place de la mutuelle obligatoire par les employeurs se retrouvent avec des mutuelles extrêmement déficientes en matière de prise en charge bucco-dentaire. C'est avec la mutuelle, avec l'ACS. C'est incroyable. On a une proportion de personnes qui, dans les statistiques va être mutualisée, mais qui, en réalité, n'a toujours pas accès aux soins bucco-dentaires. Et c'est décourageant pour eux.

Thomas Mercier

Je ne pense pas qu'il y ait un biais au niveau de la prise en charge, c'était plus au niveau de l'accessibilité de la PASS dentaire. Sur la prise en charge, je pense que l'on a exactement la même analyse, c'est-à-dire qu'une fois que le patient a un changement de droits, il puisse retourner vers le droit commun, pour autant, il va continuer la prise en charge là où il a l'habitude. Je n'avais pas de notion de ces partenariats que vous avez développés, c'était cela qui m'intéressait.

Je réponds à la question : que fait l'ARS ? L'ARS développe beaucoup de partenariats. On essaie de travailler sur l'ensemble des champs : le handicap, la personne âgée et la perte d'autonomie, la précarité, les PASS dentaires. On essaie de développer pas mal de choses. On travaille avec les centres de santé, les universités. Je vous invite à consulter le Programme Régional de Santé (PRS) de l'ARS Grand-Est puisque l'on est l'une des rares ARS, à avoir la chance d'avoir un chirurgien-dentiste au sein de l'agence qui a accepté d'avoir un parcours bucco-dentaire au sein du PRS. On travaille avec l'ARS Ile de France et l'ARS Rhône-Alpes. Je ne connais pas toutes les régions, mais ce n'est pas le cas de toutes les ARS.

(XX), chirurgien-dentiste libérale, Intervention de la salle

J'ai juste une petite question parce que je suis libérale et provinciale. Quand on dit PASS, on dit hospitalier, et combien y-a-t-il de services hospitaliers à visée de soins dentaires en France ? La région parisienne est un cas très particulier avec les centres municipaux de santé, les centres hospitalo-universitaires. Je suis lilloise, il commence à y avoir des services hospitaliers dans les hôpitaux de périphérie pour cause de désertification, à Maubeuge, Arras etc..., mais ils sont essentiellement à visée chirurgicale et pas à visée de soins, encore moins de réhabilitation prothétique. Donc peut-être que l'on manque de structures hospitalières où l'on pourrait avoir des vacataires pour justement favoriser cet accès aux soins qui libérerait les professionnels libéraux de leurs charges de structures et qui pourraient juste venir soigner et pas gérer une entreprise. Cela, ça manque en province, évidemment.

Sophie Libot, chargée du développement des actions auprès des populations précaires en région Rhône-Alpes au sein d'une association de prévention auprès de publics spécifiques - Intervention de la salle

Je suis infirmière dans une association qui fait de la prévention auprès de publics spécifiques. Je suis chargée du développement des actions auprès des populations précaires en région Rhône-Alpes/Auvergne, mais pour le moment, c'est en Rhône-Alpes. On intervient dans les différentes structures qui accueillent des personnes précaires. Je voulais revenir sur 2 choses. Sur le fait que la médiation santé n'est pas la même sur tous les territoires et que nous, sur le territoire Rhône-Alpes, il y a le médiateur santé, mais il n'y a pas la suite. Cela pose la question pour les médiateurs santé de s'engager dans un accompagnement sur la santé bucco-dentaire. Je pense que c'est une des choses qui freine les travailleurs sociaux. Parce que c'est vrai qu'il y a l'intime avec la bouche, je suis infirmière et je n'ai pas du tout été formée sur la santé orale, mais le tabou, je pense que l'on peut le travailler avec eux. En même temps, ils ont dans leurs missions l'accompagnement vers la santé et ils parlent parfois de choses tout aussi intimes que la bouche. Mais par contre, il faut quand même se dire qu'on les mène dans des impasses. On leur dit : « vous allez accompagner quelqu'un vers des soins », mais le soin n'aboutit pas derrière. Il faut aussi voir que pour beaucoup de travailleurs sociaux, l'aboutissement, c'est l'accès aux soins et l'on se retrouve à faire de l'accès aux soins de manière très ponctuelle où effectivement, on a des gens qui vont passer dans des PASS, dans des centres de santé, mais au bout du compte, quand on va regarder 10 ans plus tard, on aura eu des extractions dentaires à tout bout de champ et on n'aura jamais eu une reconstruction. Et ça, ça veut dire que derrière, il faut reprendre tout le travail de l'estime de soi, de la confiance. Il faut que l'on arrive à dire que l'accès aux soins pur, primaire n'est pas suffisant pour les personnes, parce que derrière on crée des difficultés pour nous, pour les réintégrer dans des parcours de soins.

Jean-Paul Espie

Quand vous ne dites « pas suffisant », est-ce que c'est inutile ?

Sophie Libot

Non, ce n'est pas inutile, parce qu'il y a tout de même sur les territoires des choses qui s'organisent, notamment en Ardèche où l'on a parlé de la difficulté de comprendre le système de soins. Il y a des travailleurs sociaux qui s'organisent en réseau. La PFIDASS fait un travail assez important pour aller à la rencontre des travailleurs sociaux et leur dire : « nous, on va prendre la suite. Si vous ne comprenez pas le système de soins dentaires, OK, c'est compliqué pour vous, il

peut se jouer plein de choses, mais relayez-nous les personnes. On va les suivre sur l'accès aux soins. Vous avez la confiance, d'une certaine manière. » Cela fait que la compréhension du système dentaire ne revient pas seulement aux travailleurs sociaux mais à la personne qui est à la CPAM et qui a la meilleure connaissance du système.

Jean-Paul Espie

La PFIDASS, c'est la CPAM ?

Sophie Libot

Oui.

Nathalie Ferrand, Intervention de la salle

Je reviens sur cette question d'accès aux soins et d'accès à la santé, dont j'ai parlé tout à l'heure. Je pense qu'effectivement, il y a un problème de finalité. La finalité est l'accès à la santé, alors que l'on est en train de parler d'accès aux soins qui n'est qu'un des éléments de l'accès à la santé. Pour les politiques très souvent, cette confusion est totale. Dans la mesure où la personne a accès aux soins, ce serait bon, on aurait tout juste. Or les personnes qui travaillent sur le terrain savent bien que l'accès aux soins n'est qu'une première marche et vous avez toute la suite de l'accès à la santé. Il y a donc vraiment un changement de paradigme culturel à faire, mais à tous niveaux, que ce soient les professionnels de soins, les professionnels sociaux, que ce soient les patients, les politiques, que ce soit notre ministre de la santé qui est en fait une ministre des soins etc...

Sylvie Ratier - Intervention de la salle

Quand on voit le dispositif 100% santé, santé 2020, c'est effectivement de la solvabilisation du soin, mais ce n'est pas de l'accès à la santé. C'est vraiment très important de comprendre ça. On met de l'argent sur des dispositifs qui vont solvabiliser les soins et se placer sur « le soin = levier de croissance », mais pas levier de santé.

(XX), chirurgien-dentiste, Caisse Maladie du Havre et référente dentiste pour la plateforme PFIDASS - Intervention de la salle

Je suis chirurgien-dentiste auprès de la Caisse Maladie du Havre et référente dentiste pour la plateforme PFIDASS. Vous l'avez évoqué à plusieurs reprises, je vais l'expliquer un peu plus en détail. C'est une plateforme d'aide aux personnes qui renoncent aux soins ou ont une incompréhension du système de santé, sans aucune limite de raisons, pas uniquement financières. Cela peut être parce qu'ils ne peuvent pas se débrouiller parce que la précarité c'est aussi par manque d'équipement, par manque d'éducation, par souffrance. Dans le monde actuel, ils sont démunis pour se débrouiller tout seul face à la complexité de l'organisation des soins ou alors, parce qu'il manque de professionnels de santé sur leur territoire ou ont des difficultés financières. Il y a de multiples canaux de recrutement - ce n'est pas un mot très beau - des gens qui peuvent bénéficier de cette plateforme. Elle n'est pas qu'au niveau de l'Assurance Maladie, elle est aussi au niveau de toutes les structures, des travailleurs sociaux, des centres de santé UC-IRSA, des médecins conseil et des professionnels de santé qui reçoivent les assurés, des médecins auprès desquels les patients peuvent exprimer une difficulté d'accès aux soins dentaires.

Là, le travail des administrateurs PFIDASS, c'est le travail de médiation que vous avez évoqué. Ils vont prendre en charge complètement l'assuré pour lui obtenir un rendez-vous, avec des relances téléphoniques. On rappelle les personnes pour

leur tenir la main pendant un temps où ils en ont besoin. Après, arrive le problème financier avec le devis dentaire où, les administrateurs PFIDASS n'étant pas des chirurgiens-dentistes, ont besoin d'un référent technique qui est le chirurgien-dentiste conseil auprès de la CPAM. Et on va travailler sur les devis aussi.

Là, on rejoint le travail d'une autre cellule de l'Assurance Maladie, qui est le service d'aide financière. Je ne sais pas si vous le connaissez. C'est un service auprès duquel un assuré peut faire une demande d'aide financière quand il a un reste à charge, soit pour des soins prothétiques pris en charge normalement mais pour lesquels le reste à charge est trop important même après la prise en charge de la mutuelle, soit parce que ce sont des soins qui ne sont pas dans les actes pris en charge. C'est soumis à condition de ressources. Les devis nous sont soumis pour que l'on arrive à un plan de traitement global qui fasse une association entre une réhabilitation fonctionnelle et esthétique au coût le moins onéreux pour un résultat satisfaisant. C'est-à-dire, on ne peut pas prendre en aide financière un plan de traitement avec un bridge fixé complet ou une réhabilitation en implantologie totale parce que l'on a un budget qui est limité.

Jean-Paul Espie - Intervention de la salle
Vous avez quel budget ?

(XX), chirurgien-dentiste auprès de la Caisse Maladie du Havre et référente dentiste pour la plateforme PFIDASS - Intervention de la salle
Je ne le connais pas, c'est la Caisse qui l'a. Mais on a un souci d'équité. On a un budget encadré. On ne peut pas reconstruire une bouche en implantologie chez un patient et, par exemple, ne pas prendre un reste à charge pour un stellite chez quelqu'un qui, si on ne l'aide pas, ne remplacera pas du tout ses dents. Il existe quand même, par rapport à une situation buccale, plusieurs alternatives thérapeutiques qu'il faut étudier pour pouvoir aider le plus possible de façon éthique et pour aboutir à un résultat fonctionnel.

Lisa Friedlander
C'est très « caisse-dépendant ». Parce que je fais beaucoup de dossiers de demandes d'aides de financement dans le cadre de pathologies rares etc... J'en fais 10 par semaine. Un patient n'est pas du tout capable de faire son dossier, entre les documents d'aide de remplissage, le devis etc... On donne tout au patient. C'est à lui de renvoyer à sa Caisse de sécurité sociale. Cela met des semaines, voire des mois. Après il nous contacte. Il n'y a jamais le même interlocuteur. Je ne vous jette pas la pierre.

(XX), chirurgien-dentiste auprès de la Caisse Maladie du Havre et référente dentiste pour la plateforme PFIDASS - Intervention de la salle
Justement, le rôle de la PFIDASS, c'est ça. Quand un patient rentre dans le système, c'est la personne PFIDASS qui va l'aider main dans la main.

Lisa Friedlander
Je sais bien mais à la PFIDASS, c'est rarement le même interlocuteur.

(XX), chirurgien-dentiste auprès de la Caisse Maladie du Havre et référente dentiste pour la plateforme PFIDASS - Intervention de la salle
Chez nous, il y a 3 salariés, ce sont toujours les mêmes et je travaille tous les jours avec eux.

Patrick Magnon, suis médiateur santé à l'espace santé de Fontaine en Isère - Intervention de la salle

Je suis médiateur santé à l'espace santé de Fontaine en Isère. Il y a beaucoup de choses qui m'interpellent dans ce que vous dites. J'ai entendu parler de CMU, de refus de soins. Moi, j'accompagne les personnes physiquement chez le médecin. C'est-à-dire que j'essaie d'établir une relation de confiance entre les personnes que l'on me confie et le médecin.

Ce n'est pas toujours facile. Cela peut mettre 4 ou 6 mois pour que la personne aille chez un médecin. Là, on parle effectivement du bucco-dentaire et je n'entends pas du tout parler d'enfants. Moi, par exemple, je suis à Grenoble, il n'y a pas du tout de structure pour les enfants. Je travaille beaucoup avec les écoles élémentaires. Pour un enfant de 8 ans, j'ai dû faire 1h de route avec le père, pour que l'enfant se fasse soigner 8 caries. Où sont les enfants ici, dans votre histoire ? Je pense qu'à Paris, c'est très bien.

Isabelle Thiebot

Non.

Patrick Magnon - Intervention de la salle

Cela me rassure. Je vous entends parler de la PASS, je suis content. A Grenoble, au CHU, il y a la PASS, mais il n'y a pas de dentaire, c'est une PASS médicale. Pour les enfants, je pense qu'il n'y a pas que la région Rhône-Alpes touchée par cela. Il y a très peu de dentistes qui les prennent en charge.

Isabelle Thiebot

C'est partout.

Patrick Magnon - Intervention de la salle

C'est un gros problème. Cet enfant-là, ses parents sont roumains, le père travaille. J'ai dû faire venir une interprète pour qu'ils soient en confiance avec moi, maintenant, cela marche très bien. Il a fallu aller 4 fois. Un fois à l'hôpital de Chambéry à 1h de route pour voir le chirurgien-dentiste, retourner voir l'anesthésiste, après faire les soins. Et là, on y retourne encore la semaine prochaine pour un contrôle post opératoire. C'est énorme pour nous, pour moi, en temps de travail. C'est mon boulot, mais si je n'avais pas été là, si l'école ne m'avait pas appelée, si je n'avais pas insisté auprès des parents, c'était terminé pour cet enfant

Isabelle Thiebot

Rassurez-vous, c'est la même chose en Ile de France et dans le Val de Marne, l'omnipratique ne prend plus les enfants. Cela devient une spécialité.

Christiane Brun - Intervention de la salle

Je veux compléter mon collègue de la ville de Fontaine, puisque Fontaine fait partie de la métropole de Grenoble. Depuis 2006, assistante dentaire en santé scolaire pour la ville de Grenoble. Là, je travaille avec Patrick Magnon dans les crèches. Où en est-on dans l'évolution ? Où est-ce que l'on en est dans les multi-

caries des enfants ? Parce que l'on nous a fait une belle démonstration, cela présente ceci, cela présente cela, mais on le sait.

Mais là, je pense que l'on pourrait mettre autour de la table l'accès aux soins de ces multi-caries. Imaginez le CHU de Grenoble, qui est quand même un CHU universitaire et qui ne peut plus assurer les soins des enfants en multi-caries. Lui-même les envoie au CHU de Chambéry en Savoie. Là, j'appuie quand même le travail du médiateur qui devient impossible. Devant ces familles, nous sommes devant des murs, on ne sait pas quoi leur dire pour faire rentrer en soins leurs enfants.

Béatrice Rothan, Coordinatrice prévention-santé au sein de la Mutualité française de l'Isère, pôle habitat, insertion jeunes - Intervention de la salle

Je voudrais appeler de tous mes vœux, dans tout ce qui a été dit, la valorisation du travail et de la fonction d'assistante dentaire. On travaille avec Mme Brun depuis 2016 sur un programme bucco-dentaire, en partenariat bien-sûr avec les centres dentaires et les dentistes libéraux. On a découvert ce métier d'assistante dentaire. Je trouve que dans tout ce qui se met en place, on aimerait bien aussi qu'il soit nommé, valorisé, pour encourager les assistantes dentaires dans cette démarche de prévention, qu'elles soient aussi vraiment dans la boucle, que la prévention qu'elles mettent en place soit vraiment considérée et valorisée. On a vraiment besoin d'elles. Elles font un travail et ont une relation extraordinaire avec les personnes, une simplicité, une manière d'amener cette prévention, cet accès à la santé qui passe auprès de tous les publics, des travailleurs sociaux, des directions, du public. C'est un bon partenaire pour les chirurgiens-dentistes sur tout cet axe prévention.

3^{ème} table ronde

Réactions et perspectives

Jean-Paul Espié

Je dois excuser Dominique Chave, du Conseil national du Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, qui ne pourra pas participer aux échanges de cette troisième table ronde, car absente. Elle est retenue par les travaux d'une instance du Conseil de l'Ordre.

Je passe la parole à Sylvie Azogui-Levy pour l'animation de cette table ronde.

Sylvie Azogui-Levy, Professeur d'Université-Praticien hospitalier en Santé publique dentaire au sein de l'Université Paris 7 Denis-Diderot,

J'assurerai donc l'animation de cette table ronde.

Je vais surtout laisser, en premier, à chacun d'entre vous, participants à la table ronde, quelques minutes.

L'idée est de faire un point sur ce qui a été dit jusqu'à maintenant, de restructurer à la fois les constats, les perspectives. Et enfin de voir, à partir des analyses présentées, à travers la complexité de ce que l'on a entendu cet après-midi, quelles sont les pistes de réflexion, pour aller de l'avant et faire de l'interprofessionnalité pour réagir à tous ces défis.

Je propose, je vous préviens je vais être très sévère sur le temps, de laisser 3 minutes, juste pour donner : 3 mots clés - les trois points forts que vous avez retenus cet après-midi. Ce qui nous permettrait de rebondir, de retravailler éventuellement sur un autre colloque. En tous les cas de travailler ensemble pour pouvoir aboutir à une réflexion plus approfondie.

Donc, on va commencer par le bout de la table à ma droite. Merci.

Roland Walger, Regroupement national des Organismes gestionnaires de centres de santé (RNOGCS)

Je représente le regroupement national des gestionnaires de centre de santé, c'est-à-dire les organismes qui gèrent des centres de santé, et qui sont reconnus officiellement pour notamment travailler à la partie conventionnelle avec les caisses.

Les 10 organisations reconnues qui gèrent des centres de soins dentaires uniquement ou dentaire et polyvalent, sont :

- Les organisations mutualistes qui sont les plus représentées dans les gestionnaires de structure de ce type-là,
- La Fédération nationale des centres de santé qui gère surtout des polyvalents, et en particulier des centres municipaux,
- Puis vous avez la Croix-Rouge qui a des centres polyvalents avec des activités dentaires,

- Le régime minier, qui s'appelle désormais Filieris, et qui, dans son réseau dans les bassins miniers, a beaucoup d'équipements qui ont aussi une activité polyvalente, et dentaire.
 - Et puis on a d'autres organisations qui gèrent surtout des centres de soins infirmiers et qui ont peu d'activité dentaire développée.
- Voilà pour ce que je représente.

Sur le débat qu'on a aujourd'hui, comme je suis le premier à intervenir sur la table ronde cela va me permettre de lancer les bouchons, il y a un terme qui me paraît n'être pas complètement présent, dans la discussion cette après-midi, est celui d'accompagnement.

Je m'explique. Dans la mesure où l'on fait le constat d'une dichotomie entre soins et santé, et en se plaçant du côté dentaire, du professionnel de santé, et dans la position qui est la mienne : gestionnaire de l'équipement qui a une activité dentaire quand on voit arriver un patient qui a besoin de soins, on est bien obligé de le prendre en charge, à ce moment-là.

On se rend compte de tout ce dont on a besoin pour prendre en charge son soin. C'est s'intéresser à sa santé de manière globale, et de cette place de professionnel de santé, on est obligé d'interroger le réseau et le secteur, qui est autour sur la façon de prendre en charge ses problématiques, notamment la prise en charge de la problématique sociale.

Et cela on le fait de manière pratiquement obligatoire en centre de santé, puisqu'on a la pratique du tiers-payant obligatoire. Pour pouvoir pratiquer le tiers-payant, on a l'obligation que les personnes aient des droits ouverts. Aussi le premier accompagnement qu'on est tenu de faire à l'accueil du centre de santé : la vérification des droits ; et si ses droits ne sont pas ouverts, accompagner la personne dans le réseau social, pour qu'on puisse avoir l'ouverture de ses droits.

Mais on voit bien, et du coup je rejoins la façon dont on a abordé le sujet toute l'après-midi, que cela ne suffit pas. Cela ne suffit pas que les personnes aient des droits ouverts. Cet accompagnement de la partie soins, qui est sous la responsabilité forcément du professionnel de santé et l'accompagnement vers la santé on a besoin de quelque chose au milieu : la médiation, telle qu'elle a été présentée.

Parce qu'elle coûte, elle représente un investissement trop fort / très fort. On se pose la question : où et comment arriver à partager cet effort-là ? C'était une première chose.

La deuxième chose, c'est l'accès financier aux soins. Je pense qu'il faut qu'on reconnaisse que si on arrive à mieux maîtriser les tarifs et à proposer - puisqu'on est dans une partie du marché qui est libre en particulier sur les travaux prothétiques - des tarifs plus raisonnables. On va faciliter l'accès à certains types de travaux.

Il faut reconnaître dans le reste à charge zéro, au-delà de ce que cela crée en chaîne comme exclusion supplémentaire, le principe lui-même permet - en théorie aujourd'hui - d'avoir une réponse. Réponse à des problématiques de soins qui s'affiche, avec un reste à charge nul, à partir du moment où les complémentaires sont en capacité de ...etc.

Il y a des progrès, en tout cas dans les relations conventionnelles. Cela a été noté par rapport à la place des centres de santé. On avait déjà identifié qu'ils avaient fait un effort à travers les tarifs proposés, notamment sur les actes hors nomenclature, actes non remboursés, efforts reconnaissables par rapport aux tarifs pratiqués dans ces structures. Mais cela ne suffit pas. Est-ce que le renoncement aux soins recule ?

On a bien besoin d'une coordination de l'ensemble des acteurs. Doit-elle être faite autour des soins, ou se faire autour des populations précaires. Là on rentre dans un débat qui me paraît important, mais ce n'est pas par la seule entrée dentiste ou dentaire qu'on va arriver à régler ce débat.

Nathalie Ferrand, Réseau Environnement Santé

Je suis Nathalie Ferrand, du Réseau Environnement Santé c'est une association qui a été créée en 2009 notamment par des scientifiques, suite au Grenelle sur l'environnement, on n'avait pas du tout fait le lien entre environnement et santé.

Donc c'est une interface entre les scientifiques et le grand public, et notre credo est de placer la santé environnementale au cœur des politiques publiques.

Tout à l'heure j'ai parlé effectivement de la différence entre soins et santé, ce qui nous semble très important, sinon si on est que sur des soins, et toute la problématique reste sur de la responsabilisation de la personne que ce soit le patient que ça soit le professionnel et on occulte tout à fait les responsabilités collectives en terme d'environnement que cela soit la pollution, l'accès aux soins, l'alimentation ou que cela soit les conditions de logement, etc.

Donc, ce que j'ai noté qui m'a beaucoup intéressé, c'est amener la santé à la personne. C'est le jeune collègue de l'ARS. C'est amener la santé à la personne et considérer la santé de l'environnement dans son ensemble.

Je suis beaucoup plus en difficulté avec ce que vous avez prononcé à propos du marché des soins. Cela hérisse les oreilles de la professionnelle de soins que je suis, je pense que le marché des soins cela n'existe pas. Le soin correspond à un besoin contrairement au marché des congélateurs ou des téléviseurs. Pour ces derniers cela peut correspondre à une envie, pas forcément à un besoin. Je pense que c'est très important dans notre vision de la santé de ne pas considérer les soins comme une marchandise, parce que si on considère les soins comme une marchandise et nos structures de

soins comme des entreprises la conséquence sera immédiate : on va trier les actes et les patients, et on gardera que ce qui est le plus rentable pour la structure. Je pense qu'il faut être très attentif à ce point de vue-là.

Concernant la santé environnementale ce que j'ai noté par rapport à ce qui a été dit aussi très intéressant, c'est redonner confiance et cela passe par la relation humaine. C'est une notion très importante qui rejoint la médiation et l'accompagnement. Si on se place dans une situation de santé et non pas simplement de soins, on ouvre les leviers, on ouvre le nombre d'acteurs, on ouvre donc les possibles et on redonne de l'espoir à un peu tout le monde. On voit que l'on peut ouvrir aussi les sources de financements, par exemple par rapport à la MIH (hypominéralisation-molaire-incisive), le lien été démontré par une équipe de l'INSERM, Sylvie BABAJKO et Katia GEDEON, de la contamination fœtale par le bisphénol A. Ce dernier est un perturbateur endocrinien, le Réseau Environnement Santé s'est battu pour interdire la vente des biberons en 2011. Ce qui a été acté en France depuis quelques mois, après en Europe. On a réussi à obtenir l'interdiction du bisphénol A, pour les contenants alimentaires, mais en fait comme nous sommes en marché libre, les produits circulent librement, on se retrouve avec plein de contenants alimentaires, ou de produits ou de matériaux contiennent du bisphénol, y compris dans les dispositifs médicaux, puisque on en retrouve dans les poches de sang, les tubulures, etc.

Il est très important de pouvoir élargir cette problématique à l'environnement puisqu'on est maintenant dans une crise sanitaire qui fait que c'est l'environnement qui nous rend de plus en plus malade. On sait que les pathologies chroniques, 83 % des dépenses de soins au niveau de nos régimes sociaux, ne font qu'augmenter, en 25 ans le diabète a augmenté de plus de 240 %.

On voit bien que si on ne s'occupe pas des causes de toutes ces pathologies chroniques, notamment, on ne va pas s'en sortir parce qu'il y aura de plus en plus de personnes malades. Nos régimes sociaux auront de plus en plus de difficultés pour soutenir les soins aux personnes, et on va arriver à des systèmes où on va trier les gens que l'on va soigner, et ceux que l'on ne va pas soigner.

Pour le réseau environnement santé, il est essentiel de mettre la santé environnementale, notamment les problématiques des perturbateurs endocriniens, mais pas que, on peut parler du burn-out, des troubles musculosquelettiques, et de les placer au centre des politiques publiques.

Concrètement qu'est-ce que cela veut dire ? S'interroger sur tel type de modèle agricole. Est-il compatible avec une bonne santé des personnes et de l'environnement des écosystèmes ? Est-ce que tel type de déplacement est bien compatible avec la santé des personnes et de l'environnement ? Tel type d'énergie ? Enfin on peut le multiplier à l'infini. C'est là qu'on se rend compte que la santé environnementale soulève la question de toutes

nos activités humaines, et du lien qu'on fait avec la santé, et un peu plus loin, avec toutes les maladies.

Est-ce que nous tous on accepte de continuer à être malade, en lien avec l'environnement. En se disant, ce n'est pas très grave parce que d'un côté on soigne le cancer par exemple, de l'autre nos régimes sociaux nous prennent en charge. Ce n'est pas très grave.

Ou bien, est-ce qu'on se dit maintenant c'est stop. Pour les perturbateurs endocriniens en Europe chaque année, ce sont entre 150 et 165 milliards d'euros qui sont consacrés aux conséquences des perturbateurs endocriniens. On est vraiment dans une période où on en train de passer du lancement d'alerte à maintenant, qu'on sait, qu'est-ce qu'on fait. Parce que le coût des conséquences est tellement important que le coût de l'inaction et beaucoup plus élevé, maintenant, que le coût de l'action.

Martine Dame, Secrétaire nationale du Syndicat National des Chirugiens-dentistes des Centres de Santé

Je souhaite « pousser un petit coup de gueule », sur le RAC 0, non pas sur le fond qui part d'une bonne intention mais sur la forme de la communication gouvernementale.

Quand le gouvernement à communiquer en septembre 2018 en disant voilà on va vous faire le RAC 0, vous pouvez vous faire faire des prothèses. On a des patients qui ont attendu les prothèses, parce que ce sont des gens en grande précarité, et que les fins de mois sont difficiles ; on les a vu arriver le 2 avril en disant que tout était gratuit. Et nous, on a dit non. Il a fallu porter cela, fallu expliquer à nos patients que cela ne concernait que certains types de travaux prothétiques, qu'il fallait avoir une mutuelle. 2 ans avant, on a eu les mêmes communications gouvernementales : vous allez tous avoir des mutuelles, dites-nous merci. Mais en fait les mutuelles ne couvrent pas tant que cela. Parmi nos patients fragiles et précaires, on a des gens qui ont un petit boulot, et un break, et puis un petit boulot, encore un petit boulot et qui quelquefois se retrouve très souvent sans mutuelle. Cela part d'un bon sentiment c'est vrai, mais il n'empêche que nous avons dû gérer l'humain derrière.

Ensuite, je vais faire vite. Sylvie, tu as demandé trois mots clés, trois points forts.

Lors de la première table ronde, j'ai retenu la synergie d'acteurs. On a tous un peu près les mêmes expériences, on fait du soin, de l'accompagnement, de la santé au sens large. On le fait différemment mais on a tous témoigné à peu près des mêmes choses. J'ai reconnu parfaitement mes patients dans les deux monographies.

Dans la deuxième table ronde, on a parlé d'espace socio-culturel. C'est là où il faut des médiateurs et de l'accompagnement. On appelle cela comme on veut. On a vu l'exemple du Val-de-Marne, qui est très bien déroulé, effectivement francilien, mais pourquoi les gens l'ont fait, pas pour se faire plaisir, cela répondait à un besoin. Ils ont été malin, ils l'ont fait. J'ai

la chance de bosser dans une structure où j'ai une médiatrice sociale, qui va au-delà de l'accompagnement, de l'ouverture des droits. C'est du vrai accompagnement réseau. Cela fait du bien à tout le monde.

J'ai des consœurs expérimentées au sein des centres de santé - je vais répondre à la consœur de La Pitié qu'il y a des centres de santé vertueux - et ces consœurs font de l'accompagnement dans leur cabinet, qui passe la première consultation à travailler avec le patient, à savoir jusqu'où on peut aller, à qui l'adresser intelligemment.

Je peux témoigner aussi de la CPAM, en disant que les aides CPAM, CPAM-dépendances, c'est un peu lourd à remplir.

Je pense que maintenant on est tous d'accord sur le / les constats, sur le diagnostic peut-être, prendre les expériences des uns pour les mettre en œuvre chez les autres, et peut-être essayer de comprendre que ce temps d'accompagnement, je ne sais pas s'il y a des tutelles dans la salle, mais il va falloir travailler avec nous et nous aider à le développer.

Maxime Boiteaud, Vice-président en charge de l'actualité professionnelle de l'Union Nationale des Etudiants en Chirurgie-Dentaire

Je représente l'Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire, je souhaitais revenir sur trois points.

Sur la première table ronde, j'ai beaucoup, beaucoup apprécié les témoignages. Les monographies parlaient beaucoup plus d'humain. Même si des chiffres étaient donnés. C'est très bien les chiffres, cela permet de comprendre, mais parler d'humain au sens civilisé c'est vraiment quelque chose qu'il faut généraliser, très intéressé là-dessus. Je crois que j'aurais beaucoup d'intérêt des étudiants quand je leur transmettrai.

Le problème entre système de soins et système de santé. Je veux revenir là-dessus. On est un des rares domaines de santé où la prévention a autant d'impact. Et on est encore bloqué dans ce système-prothèse, système curatif, etc. Cela est vraiment dommage. Au niveau des étudiants, on est à 100 % pour la prévention, on a été formé, pour pas dire presque élevé avec cette idée-là.

C'est vrai qu'on aimerait plus de prévention et moins forcément de soins à tout-va.

Par rapport aux chiffres de la PASS et du réseau social dentaire, j'étais impressionné par le nombre de patients traités, par tout ce qu'ils font.

La question, que je me posais : **à quel point c'est généralisé sur le territoire.** Je rejoins ici l'ARS du grand Est, car je suis de Bordeaux, et c'est vrai que les centres hospitaliers, des centres pour les personnes âgées, pour les personnes en vulnérabilité (à Bordeaux nous avons pas mal de pédodontie) mais tout cela n'est pas forcément assez développé, et je comprends que cela puisse être un problème. Il faudrait un peu plus agir sur ce problème.

Et juste pour finir, comme je disais pour nous les étudiants la prévention est quelque chose qui nous tient particulièrement à cœur, je me pose comme question : qu'est ce qui se passe ensuite ? Après il y a les réalités économiques, la réalité de l'exercice du métier. Je ne me souviens plus, qui a parlé de faire des structures où on pouvait juste venir faire des vacances, juste soigner, sans avoir rien à gérer, et dans nos propres groupes de travail, c'est quelque chose qui avait été abordé, et qu'il serait très intéressant

Martine Dame

.....Cela s'appelle un centre de santé vertueux....

Maxime BOITEAUD

.....Bien voilà. Il faut plus de communication.

Marielle Devriese, chef de projets accès aux droits, logement, santé, Secours Populaire Français

Je suis chef de projet accès aux droits, logement, santé à la direction nationale du SPF. Je tiens à donner quelques chiffres, le Secours populaire en 2018, c'est plus de 3 millions de personnes accueillies dans nos 1236 permanences d'accueil et de solidarité et de relais santé, à travers le territoire français. Ce sont 1 800 000 personnes, quand même, qui ont bénéficiés, même si ce terme n'est pas joli, de l'aide alimentaire. Ce sont des chiffres importants, en constante augmentation tous les ans.

Que fait le SPF dans le champ de la santé ? Cela rejoint les mots que j'ai entendu ici, synergie des acteurs, accompagnement, refus de soins, renoncement aux soins. Le SPF est généraliste de la solidarité, c'est-à-dire c'est l'accès à l'alimentation, l'accès à la culture, aux vacances, au logement, au droit et à la santé. Sur le volet de la santé pour se faire le Secours populaire s'appuie sur un réseau de médecins du Secours populaire, bénévoles, de professionnels de santé ou issus du secteur médico-social.

Nous sommes à peu près 8 000 en France, et ce sont eux qui mènent nos actions de santé. Donc déjà c'est une synergie d'acteurs bénévoles. Pour nous la santé on la perçoit comme la définition de l'OMS : un état complet de bien-être physique, mental, et social. Cela ne constitue pas seulement une absence de maladie. On prend la personne dans son ensemble, et on parle santé avec elle. On le fait dans des relais santé, le mot est bien relais, on passe le relais, on ne fait pas de soins, on n'est pas spécialiste. On ne le fera pas, on s'appuie sur un système de soins qui existent en France, qu'on estime performant même s'il y a des défaillances. Sans faire de médecine au rabais, que nous ne promovons pas.

Dans les relais santé, la première des choses c'est l'ouverture des droits-santé. On ne peut pas parler santé, ou orienter la personne, s'il n'y a pas d'ouverture de droits à la santé. On s'appuie sur les acteurs qui le font notamment les CPAM. Ainsi, une fédération départementale sur 2 (la

moitié des 98 Fédérations) a signée des conventions avec les CPAM pour le faire.

Ensuite, on oriente vers des partenaires locaux. Là je reprends le mot, réseau synergie d'acteurs, c'est-à-dire vers les professionnels de santé, les institutions, les centres de santé, les hôpitaux. On oriente vers ce réseau que nous avons identifié, vers lequel on s'est rapproché, et on travaille ensemble.

Enfin, le troisième volet dans ses relais santé, on y tient beaucoup, mot que je n'ai pas entendu beaucoup, c'est le mot prévention. Mener des actions de prévention, c'est hyper important. On dit vaut mieux prévenir que guérir. Et les actions de prévention sur l'hygiène bucco-dentaire cela passe par des ateliers avec les enfants, avec les familles. Ce sont déjà des gestes très simples, comment apprendre à se brosser les dents, pourquoi se brosser les dents, l'importance de se brosser les dents. Ce sont des temps de dépistage avec des chirurgiens-dentistes, présents sur place, bénévolement. Si on a besoin de soins, on oriente vers le réseau qui a été identifié. Il y a comme cela deux, trois expériences que je tiens à mettre en valeur.

Notre fédération de Haute-Garonne qui tient une permanence santé en direction des SDF, tous les lundis matin et qui mène des actions autour de l'hygiène bucco-dentaire. Ce public est très éloigné de la santé bucco-dentaire et c'est très difficile de le remettre dans le circuit du soin. De manière beaucoup plus générale, ils le font de manière ludique avec des jeux. Cela marche bien.

Pour la fédération du Nord, avec le bus dentaire, c'est de la prévention, dépistage, et aussi le dépistage des cancers des voies supérieures aériennes.

La fédération de la Marne, a constitué un réseau de 10 chirurgiens-dentistes. En 2018, ils ont quand même sensibilisé 4000 personnes à l'importance de l'hygiène bucco-dentaire.

Mis bout à bout, je pense que ces mots : synergie des acteurs, oui c'est hyper important. J'ai essayé de faire court.

Sylvie Azogui-Levy

Merci beaucoup à tous les membres de la table ronde, d'avoir remonté justement les points clés. Effectivement je vais rebondir sur cette thématique de synergie d'acteurs d'autant que l'impression qui est donnée, c'est qu'il y a d'une part des institutions médico-sociales qui fonctionnent bien avec des procédures, des protocoles, mais finalement, qui sont un peu éloignées, et qui ne sont pas emparés par les acteurs de terrain.

Je vous pose la question, aux participants dans la salle et aussi à la tribune, comment se fait-il que l'information ne passe pas ? - par exemple la plateforme PFIDASS, personnellement je reconnais que je savais à peine

ce que cela dire et pourtant j'étais censée savoir à quoi cela sert-. Cela veut-il dire que l'on ne sait pas s'emparer de certaines politiques publiques ? parce qu'on ne les connaît pas, elles ne sont pas bien relayées ? Je reconnais notre ignorance, ou peut-être notre incapacité à aller chercher l'information. Si on est certain de ne pas avoir l'information alors les personnes qui sont ciblées par ces dispositifs, les populations cibles de ces protocoles sont certainement encore plus éloignées que nous, de ces dispositifs.

La question est : comment articuler des politiques publiques, des protocoles, des mises en place de tout ce qu'on veut, plateformes y compris, assez complexes malgré tout à mettre en œuvre, et puis les professionnels de terrain ?

Les professionnels de terrain qui sont à la fois les professionnels de santé dentaire, les dentistes, puisque que l'on parle de la santé dentaire ici, et puis tous les acteurs sociaux qui doivent justement faire le lien entre les professionnels de terrain dentistes, les politiques publiques et qui font la médiation, le lien entre tous ces acteurs.

Je pense que la caractéristique de la santé bucco-dentaire, et la difficulté par rapport à la médecine, est que vous avez un corps de professionnels qui n'est pas socialement organisé dans le sens de réseau. Ces professionnels sont essentiellement de pratique libérale.

La coordination est certainement à faire avec le monde libéral, mais de quelle façon ? Cette question nous devons nous la poser pour pouvoir avancer. Pour ne pas revenir toujours sur des constats : il y a des choses qui sont faites, les publics ne sont pas concernés, on n'y arrive pas ... Au final il y a quand même énormément de types d'actions différentes qui sont mises en place. Quelle synergie d'acteurs nécessaire ? c'est une première question.

Un 2eme questionnement. Il me semble qu'il y a une multiplicité de publics en fait en difficulté, donc on ne peut pas avoir une réponse unique pour des publics qui sont très différents. Différents sur le plan de l'accès aux droits, mais aussi des parcours de santé de chacun : les personnes vulnérables socialement sont très différentes, des personnes migrantes, les personnes du territoire qui sont en rupture d'emploi depuis 20 ans, ... Une certaine finesse de travail et de réflexion est nécessaire : de quel public on parle ?

Cela a un coût sur le plan de la réflexion, et sur le plan financier, mais il y a une individualisation des parcours qu'il va falloir réfléchir et le médiateur en santé est une formidable opportunité afin de comprendre les spécificités de chaque public. On ne peut pas avoir une centralisation des procédures.

J'aimerais bien avoir votre point de vue, déjà, sur cette synergie d'acteurs.

Nathalie Ferrand

Pour les synergies, j'ai envie de donner une réponse très simple : c'est qu'il faut avoir pour une fois une politique de santé et non pas une politique de soins qu'on appelle une politique de santé et qui nous met tous dans le sac.

Si on a une politique de santé à ce moment-là c'est la santé pour tous, c'est-à-dire ne pas stigmatiser les publics. En effet, le gros risque est qu'on fasse une politique de santé pour les précaires, de tel niveau à tel niveau de revenus, de niveau de compréhension, d'information, lisant le français, ou ne savant pas le lire.

Une politique de santé large santé environnementale, à mon avis, permettrait que tout le monde se mette, comment dire, en ordre de bataille, le terme n'est pas joli, chacun de acteurs de sa place peut apporter une pierre à l'édifice. On est parti sur des politiques de santé qui sont en fait des politiques de soins, même moins des politiques d'accès aux soins. Donc actuellement on se retrouve coincé, par le manque de visibilité, on ne peut pas aller tous dans le même sens.

Sylvie Azogui-Levy

Quelques mots, avant de vous laisser la parole.

Je pense que la politique de soins, la politique de santé, je suis d'accord. Mais il va falloir être concret, cela veut dire vraiment avoir des éléments d'évaluation et de quelle santé parle-t-on ?

En effet, l'accès à la prévention, au sens large du terme, cela a été repris par Maxime Boiteaud, et par vous-même, est le point clé. L'accès à la prévention, à la promotion de la santé, au sens large du terme, et une bonne compréhension et amélioration des dispositifs, que nous avons abordées pour les personnes en situation sociale difficile.

Mais globalement on ne parle pas de compétences psychosociales. De l'autonomie du patient, de sa capacité, et de son aptitude à intégrer un programme de prévention au sens large du terme.

Marielle Devriese

Les personnes aidées au Secours populaire sont actrices de leur parcours global. Elles sont actrices de leur santé on ne fait pas contre elles, on fait avec elles. Toutes les actions qui sont menées, quel que soit le local, le département ou le type d'actions, je parle, de prévention, ont été définies par avance avec les personnes. Dans 60 fédérations à ce jour, circule un questionnaire : sur leur santé, sur leurs besoins, et leurs attentes.

On fait les actions en fonction de cela. Elles sont actrices on fait avec elles. On les rend autonomes, et de ses questionnaires, issues des 60 fédérations, sont ressortis en 2018 les deux premiers besoins et attentes : l'oculaire et le dentaire. On met le curseur sur ces deux besoins. Mais elles sont actrices. On fait vraiment un parcours ensemble.

On autonomise la personne en fait, on l'accompagne. C'est de l'éducation populaire.

Jean-Paul Espié - Intervention de la salle

Je voudrais intervenir à titre personnel. Je pense qu'aujourd'hui, il n'y a pas de politique de santé globale, mais une stratégie d'opérateurs.

L'Etat a des opérateurs sous la main et dit : je finance ceci et cela comma cela. On ne parle que d'argent. La dernière Convention des chirurgiens-dentistes qui a été signée : représente 240 pages. A chaque page il y a le droit énoncé, et à la suite une dizaine de paragraphes par page, en fait des clauses sur le contenu de ce droit, et les conditions pour y d'accéder ou non. Sont explicités, ainsi, les clauses particulières liées aux territoires, aux situations particulières, et exceptionnelles du non accès possible à ce droit et/ou de non délivrance de ce droit.

La question me semble-t-il est : Comment fait-on pour construire une réelle politique de santé en tant qu'acteurs. Nous sommes mobilisés au sein d'institutions, de cadres professionnels, et associatifs comment construire, avec les autres, cette politique de santé. Ensuite, la dimension opérateur d'un dispositif soutenu financièrement par tels ou tels financeurs, est à travailler dans un tout autre cadre.

Il me semble que nous devons définir des convergences, des réflexions et des analyses transversales, avec des synergies d'acteurs. Les compétences et les savoir-faire professionnels des uns et des autres doivent être valorisés et bénéficier à l'ensemble des autres acteurs. Autrement le risque est que les échanges professionnels se réduisent principalement avec une (ou des) plateforme(s) de recueil de données administratives et comptables, de ciblage de patientèle, de remboursements. Il n'y a que les acteurs qui peuvent définir aujourd'hui une politique de santé.

C'est complètement vrai. C'est-à-dire qu'on n'a pas le choix. On est tous dans le même bateau, et nos patients aussi. On va les prendre dans leur globalité, on va générer des actions de santé, je ne vois pas pourquoi on discriminerait les fragiles et les précaires pour certaines actions et les autres patients pour d'autres. Il faudra le faire en parallèle - je crois que c'est dans la monographie, une phrase disait : c'est une douleur de plus c'est une douleur de trop-, parce que ces patients-là en ce moment, ils viennent consulter dans mon cabinet, dans notre centre de santé, et à l'hôpital.

On n'a pas le choix, il faut qu'on puisse continuer de les soigner pour leur donner un confort buccal, générer un sourire, et la fonction, et en même temps qu'on réfléchisse à une politique de santé globale. Il y a peut-être urgence, il faut le faire !

Agent de la Cellule prévention de la CPAM du Havre - Intervention de la salle

En fait la question, qu'on pourrait se poser, est : comment amener les patients à la santé ? Plutôt que : comment les soigner ?

Parce que là, la convention dentaire a travaillé beaucoup sur la prise en charge des prothèses, mais arriver à la prothèse dentaire on peut dire que

s'est déjà un échec. Comment amener la population à entretenir sa santé dentaire, et à faire les soins de début.

On dit rééquilibrer l'activité du dentiste, mais le dentiste face à une bouche, ne va pas dire je fais la prothèse, je laisse les soins. L'état dans lequel arrive la population au cabinet dentaire c'est souvent un chantier, avec des prothèses nécessaires, parce qu'on ne peut plus faire autrement.

Le problème, c'est que cela n'a pas été couplé avec le comment amener le patient à débuté les soins au plus tôt, même avant les soins, et à entretenir son capital dentaire.

M'TDent a été créé en partie pour donner des habitudes de fréquentation du cabinet dentaire mais tout le monde sait très bien que les résultats sont insatisfaisants puisqu'une partie de la population ne se sent pas concernée. Ce n'est pas la gratuité ou la prise en charge totale qui les fait courir au cabinet dentaire.

Est-ce qu'il ne faut pas trouver d'autres leviers qui amènent les patients au cabinet dentaire, au tout début de leur vie dentaire ? C'est cela la vraie prévention.

Martine Dame

Je vais répondre. Effectivement il y a des expériences comme le Val-de-Marne où il y a des séries de dépistage, sur le l'ensemble du département. Moi j'exerce à Nanterre, depuis 17 ans. On a la même expérience, les 9000 enfants des écoles sont vus tous les ans avec un travail d'explications, de dépistage, d'explication du brossage ; si possible les enseignants sont mobilisés, la semaine précédente notre intervention, sur les dents. Je peux vous donner les statistiques. Cela marche la prévention. On a des points négatifs, c'est dans les quartiers où il y a beaucoup de renouvellement, et chaque année on a des primo-arrivants et là on repart à zéro.

Agent de la Cellule prévention de la CPAM du Havre - Intervention de la salle

Est-ce que les enfants dépistés font les soins ? Parce que la Caisse primaire fait la même chose. On doit recenser toutes les feuilles de dépistage, faits par des chirurgiens-dentistes, et trier : prendre les enfants pour lesquels il y a eu des besoins de soins détectés. On fait ensuite une requête pour savoir si les soins ont été faits. Pour ceux qui n'ont pas été faits, je suis chargée de relancer par téléphone toutes les familles pour connaître les freins : tout ce que les a empêchés d'accéder aux soins.

Le dépistage c'est bien, mais si ce n'est pas suivi de soins ? Que fait-on ?

Martine Dame

Mais justement pour que ce soit intelligent comme dépistage, la mairie de Nanterre, qui a porté cette action, a mis en parallèle au centre de santé des consultations de pédodontistes, avec des heures qui vont avec : après

l'école de 16 à 17h30. Ce que je souligne c'est qu'au bout de 16 ans cela marche.

Agent de la Cellule prévention de la CPAM du Havre - Intervention de la salle

Donc il y a suffisamment de professionnels de santé qui accueillent les enfants ?

Martine Dame

Oui au centre de santé municipal.

Agent de la Cellule prévention de la CPAM du Havre - Intervention de la salle

Cela, nous n'en avons pas en province.

Martine Dame

On peut arriver à quelque chose. Je ne dis pas que c'est reproductible

Agent de la Cellule prévention de la CPAM du Havre - Intervention de la salle

Est-ce qu'un autre levier ne serait pas d'inciter la fréquentation du cabinet dentaire au tout début de son parcours dentaire ? Par un autre le levier que la santé bucco-dentaire et qui n'est pas très compliqué à mettre en place ?

Martine Dame

Je pense qu'il y a un gros levier pas très compliqué à mettre en place : aller informer les mamans dans les PMI. Il faut que les CPAM et les Départements nous aident, et qu'on ait des dentistes de prévention. Il faut aller parler des dents de leurs enfants aux mamans dans les PMI.

Agent de la Cellule prévention de la CPAM au Havre - Intervention de la salle

Voyez ce que fait la cellule prévention au Havre. On va parler dans les clubs sportifs aux parents des jeunes sportifs sur l'importance de la santé bucco-dentaire, liée à la pratique de leurs sports et à la santé en général. On est même arrivé à essayer de monter un projet pour lier : le certificat d'aptitude sportive demandé auprès du médecin généraliste, et ce dernier demanderait un examen complémentaire chez le dentiste pour obtenir l'aptitude totale.

Martine Guionet, Caisse nationale de l'Assurance Maladie, département prévention et promotion de la santé - Intervention de la salle

Bonjour je me présente : Martine Guionet, Assurance Maladie, département prévention et promotion de la santé. J'ai donc en charge le programme de prévention bucco-dentaire. Nous, on a un regard sans doute un peu moins négatif au niveau national.

Le programme national a été lancé maintenant il y a 12 ans, en 2007, suite à des accords avec les chirurgiens-dentistes dans le cadre de la Convention nationale. Ce programme, qui a évolué, est offert aux personnes âgées de 6 ans à 24 ans. C'est un rendez-vous de prévention qu'on offre aux personnes, sur un rythme triennal. Donc de 6 ans donc jusqu'à 24 ans. Le dispositif a été élargi, il y a peu de temps aux 21 et aux 24 ans, il y a un an.

Les premiers résultats, je reviendrai sur les plus jeunes ensuite, à cette dernière tranche (21/24 ans), et encore sans aucune campagne de communication, sont satisfaisants, entre guillemets, en tout cas positifs pour nous - *nous ne connaissons pas les taux de participation*. Les taux de recours globaux aux chirurgiens-dentistes sont de l'ordre de 40 % pour une première année de mise en œuvre sur des populations estudiantines, qui rentrent dans le marché du travail, il y avait un fort renoncement aux soins. On a été heureusement surpris par ces chiffres. On doit les conforter. Le dispositif va être élargi en juillet aux 3 ans. Donc l'année prochaine on débutera des actions de prévention, de l'accompagnement auprès des 3 ans.

Dans le programme national qui consiste en des envois d'invitation à aller chez le dentiste avec des imprimés de prise en charge, dispense d'avance des frais, pris en charge à 100 %, il y a des mesures d'accompagnement, en milieu scolaire, qui sont développées par chaque Caisse d'Assurance Maladie.

Et là Madame, je vous rejoins, parce qu'effectivement on travaille ensemble. Ces actions d'accompagnement, pour l'instant, qui concernent les enfants de 6 ans, étaient au tout début, développées dans tous les CP à titre tout à fait exhaustif de France, tous les cours préparatoires. Ensuite avec les évaluations ses actions on a compris qu'il fallait effectivement se recentrer, et là je rejoins notre préoccupation des inégalités sociales en matière de santé, sur les territoires les plus défavorisés.

Ce que les caisses d'assurance maladie ont ciblé les territoires les plus défavorisés, en partenariat avec les syndicats de la région, de l'Ordre Départemental des Chirurgiens-dentistes, en partenariat avec l'Education nationale. Il faut savoir qu'une convention de partenariat a été signée par l'Education nationale et nous, pour renforcer tous ces dispositifs de prévention en milieu scolaire.

Cela consiste à faire des actions de sensibilisation, de dédramatisation d'images du dentiste, tout à l'heure on en a parlé, de l'image de la blouse blanche, qui fait très peur quel que soit l'âge de la vie, mais encore plus les petits. Dédramatisation et donner des socles de connaissances basiques sur l'hygiène bucco-dentaire. Notamment apprendre aux petits la gestuelle de la technique de brossage. Ensuite inciter, et je vous rejoins, les parents de ces enfants à effectivement aller chez le dentiste. Première tâche.

Depuis quelques années on a continué de développer le dispositif, en proposant des dépistages sur place, effectués soit par des chirurgiens-dentistes, soit par des étudiants en chirurgie dentaire, maintenant cela commence, et s'il y a des besoins de soins, accompagner ces enfants. Ce sont des actions d'accompagnement et de suivis vers la réalisation des soins chez les chirurgiens-dentistes.

C'est un travail très lourd des services de la caisse, des chirurgiens-dentistes, parce qu'il faut qu'ils réorganisent leurs plannings pour soigner les enfants, et accompagner cette offre de soins. C'est vrai que c'est un travail très lourd.

Mais au vu des résultats, je les ai encore regardés tout à l'heure avant de venir, ils sont plutôt bons. Il faut savoir que l'Assurance Maladie a un budget de 62 millions d'euros par an, je crois que c'est 63 cette année, pour l'examen bucco-dentaire proprement dit, et les soins d'accompagnement. Et pour cette action locale plus d'un million d'euros. On va le développer.

On vous rejoint dans cette préoccupation d'allier la prévention et la communication pour que ce dispositif soit bien connu.

Sylvie Azogui-Levy

Il est bon que la discussion aborde les autres points de vue sur le programme, parce que l'on n'a peut-être pas tout à fait la même conception de ce qu'est la prévention et des différents types d'actions. Donc je vais d'abord laisser la parole à la salle.

(XXX) Intervention de la salle

Je voudrais effectivement revenir sur ses dispositifs. Qui sont présentés comme des dispositifs de prévention, mais qui en fait sont des dépistages.

Je ne connais pas les chiffres exactement, mais cela me paraît finalement ne pas être positif à la mesure de ce qu'on aurait pu en attendre par manque de communication justement.

Les parents qui normalement font suivre leurs enfants, finalement ils s'en fichent un petit peu, ils n'ont pas de problèmes de prise en charge, ils les amènent et ils ne tiennent pas compte du document que la Caisse leur renvoie. Ceux qui de toute façon, ne s'en préoccupent pas vraiment, ils ne s'en préoccupent pas plus, parce que c'est gratuit.

Comme Sylvie Ratier le soulignait : faire la différence entre le dépistage et réellement la prévention, cela peut être quelque chose de très intéressant à approfondir à mon avis, d'autant que pour faire vraiment de la prévention, je m'adresse à notre jeune collègue de Bordeaux, pour faire véritablement de la prévention, il faut d'abord faire de la formation, et de la formation pluridisciplinaire, tout le long des études médicales.

Christiane Brun, intervenante au CCAS de Grenoble, et à la Ville de Fontaine, secrétaire générale adjointe de l'ASPBD - Intervention de la salle

Avant de prendre mon train de retour, je souhaitais intervenir. Quand vous parlez de la prévention, elle doit commencer très jeune, c'est là où nous avons un capital important.

Je vais vous présenter un programme, à Grenoble, qui concerne les crèches. On a pris 6 crèches en zones sensibles, et une crèche témoin qui n'était pas en zone sensible pour pouvoir comparer.

Nous avons eu 189 enfants, en tenant compte de ceux qui allaient rentrer en maternelle, pour pouvoir les suivre, après, avec la santé scolaire.

Sur les 189 enfants, qui étaient dans le projet, 212 parents ont été vus et donc associés. Les parents sont essentiels dans le cadre de ce projet. Il y en avait autant parce que le contact direct a été important, par l'échange, par ma présence, dans les crèches.

J'ai formé 119 professionnels de crèche, pour avoir des relais sur place : parce que nous partons des personnes relais.

Sur les 189 enfants qui étaient dans notre projet, seuls 6 avaient des caries. Imaginez : les 6 avaient des multi-caries, et les autres une bonne santé. Dans les 189, je précise bien, 59 enfants ne connaissaient pas la brosse à dents, c'est important. Ils étaient tous dans une consommation d'alimentation sucrée.

Quand les parents venaient les chercher à la crèche, ils avaient déjà goûté, on les préparait au départ, en les habillant, on les mettait dans la poussette, et ils avaient déjà un croissant, un pain au chocolat, des bonbons... Ce qui veut dire que la prévention est nécessaire aussi là, et des parents rencontrés individuellement, je les ai vus individuellement, s'expriment mieux, soulèvent des questions. Ils avaient tous un problème. Qu'est-ce qu'on fait pour l'alimentation sucrée ? On n'achète pas les gâteaux ?

Les enfants, une fois rentrés en maternelle, une lettre a été adressée aux parents pour demander l'autorisation, avec la santé scolaire, de dépister en petite section, si on pouvait les observer. Une cohorte sur 3 ans était ainsi constituée.

J'ai été assistante dentaire de 2005 à 2015 en santé scolaire de la ville de Grenoble, c'est bien là en crèche que les parents sont très réceptifs aux messages. Et même avant. D'où l'intérêt de mettre en place des formations organisées pour les sages-femmes, à l'école des sages-femmes. En effet, vous seriez surpris, dans le cursus des sages-femmes, ils/elles n'ont jamais eu, quoi que ce soit sur le bucco-dentaire.

La portée d'un projet, comme le nôtre, est essentielle.

Edmée BERT, référente bucco-dentaire, ARS Ile de France - Intervention de la salle

Edmée Bert, je suis référent bucco-dentaire à l'ARS Île-de-France, et ce, depuis sa création - pour mon cher confrère ici présent. Nous avons écrit, et mis en place un volet bucco-dentaire au PRS 1. Ce sont les actions de l'ARS.

Si j'interviens, c'est un petit peu, parce que les propos de Monsieur Boiteaud m'ont paru intéressants.

Quand on est étudiant, qu'on est soucieux de prévention, on est étudiant en chirurgie dentaire, mais on est étudiant. Il y a les étudiants en médecine, les étudiants maïeuticiens, infirmières, kinésithérapeutes et orthophonistes. Il y a tout ce monde étudiant avec lequel il faut lier des liens, parce que la prévention, même si on ne parle que de prévention bucco-dentaire, elle n'est pas l'apanage et surtout le pré-carré des odontologistes. Elle relève de la totalité des professionnels de santé. On parlait de PMI mais si les élèves maïeuticiens, les sages-femmes - *c'est difficile, il commence à y avoir des hommes qui suivent cette formation* - parlent de la bouche et des dents au futures mamans, l'impact est absolument extraordinaire. Elles n'oublieront jamais, elles leur brosseront les dents à leurs chers petits, quand elles les auront mis au monde, elles s'en occuperont.

Si les médecins généralistes qui font ouvrir la bouche à un cher petit, il voit les amygdales. Expliquez-moi, comment ils font pour ne pas voir l'état bucco-dentaire ?

Mais je crois véritablement, que nous n'avons pas su le faire, moi je suis d'une génération de chirurgien-dentiste, qui est très ancienne. Nous n'avons pas su nouer les liens, nous n'avons pas su, chez nous, nous ouvrir. Ou peut-être nous n'avons pas su nous faire reconnaître ? Et là il y a peut-être un problème.

Mais vraiment pour la nouvelle génération, l'essentiel, le plus important ce n'est pas de faire de la prothèse et de l'implantologie, d'accord c'est devenu l'aristocratie de l'odontologie, non l'essentiel c'est d'obtenir d'avoir 80 % de la population française qui n'a pas besoin de nos interventions, et de pouvoir dire aux gens : très content de vous avoir vu depuis l'année dernière, et vous pouvez repartir, je n'ai pas à intervenir, si ce n'est un petit nettoyage, un petit brossage.

Si dans 10 ans, dans 20 ans, dans 30 ans quand vous serez en pleine activité vous avez obtenu cela, nous vous en serons forcément reconnaissants.

Saliha Dib, Chef du Service de Promotion de la Santé Bucco-Dentaire, Direction de la PMI Promotion de la Santé Pôle Enfance et Solidarités du Département du Val de Marne - Intervention de la salle

Il existe un programme de prévention bucco-dentaire, depuis plusieurs années dans le département du Val-de-Marne.

Je voulais rebondir sur ce qui a été dit, parce que dans les conclusions, ce que j'ai entendu : on a beaucoup parlé du cabinet dentaire, des examens bucco-dentaires, de la prévention au cabinet dentaire et évoqué le programme de prévention au niveau de la ville de Grenoble.

En fait le problème de la santé bucco-dentaire : c'est une pathologie chronique, et, le fait de voir un temps donné un enfant dans un cabinet dentaire, ou même au cours d'un dépistage en milieu scolaire, ce n'est pas suffisant.

Il faut vraiment avoir une synergie de stratégie, sur les lieux de vie, et y compris en lien avec des structures de soins, pour pouvoir accompagner les familles, à permettre à l'enfant de préserver son capital santé. Il faut savoir que si on regarde les résultats des bilans à 4 ans, qui sont effectués par des équipes des PMI, et qu'on reprend ses résultats à 7 ans dans le cadre d'un dépistage organisé en milieu scolaire, on voit que l'on a déjà perdu un certain nombre d'enfants.

On parle d'une moyenne de 10 à 12 % d'enfants orientés à 4 ans en cabinet dentaire, et on bascule à plus de 30 % à 7 ans.

Il faut donc mener un programme qui englobe, qui permet une continuité d'action de la petite enfance, le plus tôt possible jusqu'au niveau des années collège. A partir de là on considère que normalement, on a une stabilisation des comportements, si on passe la problématique de l'adolescence. Mais normalement les messages de base sont connus, cela n'induit pas forcément les comportements.

Je pense que mettre en place un programme de prévention, doit s'appuyer sur une multiplicité d'acteurs, et pas simplement les chirurgiens-dentistes, cela a été dit, il faut vraiment s'appuyer sur tous les relais possibles, et qu'il faut un continuum d'action.

Ariane Eid, Service de Promotion de la Santé Bucco-Dentaire, du Département du Val de Marne - Intervention de la salle

A partir de ce qu'a dit Saliha, pour mettre en place un réel programme, il me semble qu'au niveau national on aurait besoin d'un programme de prévention bucco-dentaire, et il faudrait connaître les besoins de la population, avoir des données sur la santé bucco-dentaire, de réelles données.

Viviane Tirlicien, militante ATD - Intervention de la salle

Depuis toute l'après-midi, je vous ai entendu parler prévention, dépistage. Il ne faut pas oublier qu'une famille qui est dans la très grande précarité,

déjà elle privilégie les enfants au niveau des soins. Par contre, elle la mère (ou lui le père) ne va pas aller à la prévention, ni au dépistage.

Tout simplement parce qu'il y a la peur et la honte. La peur tout simplement parce qu'ils sont déjà dans des gros problèmes, et si on leur dépiste une maladie, ou quelque chose, cela leur va les remettre encore dans les problèmes. Donc, il faut voir cela autrement.

Les gens qui vivent en très grande précarité, ont déjà des gros problèmes. Et le dépistage et la prévention, ils le mettent de côté. Je voulais le souligner, juste par peur et honte.

Sylvie Azogui-Levy

Bien sûr, il n'y a pas recettes, mais comment vous envisagez, quel abord vous paraît pertinent ?

Ce sont des populations encore une fois en situation de grande précarité, et ce ne sont pas les situations les plus courantes. Est-ce que du coup, à défaut d'un programme standard, quelle multiplicité d'actions possibles, ou d'actions individualisées ?

Viviane Tirlicien, militante ATD - Intervention de la salle

Il y a plein d'actions qui sont faites, qui sont mises en place. Et dans tous les quartiers il y a des actions qui existent, mais le souci est la peur et la honte. Le dialogue instaure la confiance, il faut parler avec les gens.

Martine Dame

Donc, si je vous entends bien, vous iriez plus vers une approche individuelle, un discours de prévention sans démarche de soins.

Nathalie Ferrand

Et en s'appuyant sur les associations locales.

Interventions dans la salle

En ce concerne qui les messages de prévention dans les boîtes aux lettres pour la prévention, les gens les mettent à la poubelle...

.....Les gens en précarité c'est d'abord le logement, l'alimentation, le reste arrive après.

Nancy - Intervention de la salle

Avant compléter le propos de Madame, effectivement à Nancy on travaille sur le parcours patient.

Le RSA a financé le fait que l'on se mette dans la peau du patient, pour voir quels sont les freins dans son parcours de santé bucco-dentaire, que ce soit de trouver le numéro de téléphone du CHU quand on n'a pas internet, etc...il y a énormément de freins, dus aux jugements portés par le personnel administratif, personnel aux guichets, quand on n'a pas les

papiers, quand on n'a pas bien compris, et où il fallait se présenter, et à quel bureau.

Sylvie Azogui-Levy

Je crois que les incitations financières ne seront jamais suffisantes. C'est nécessaire mais pas suffisant. Le processus de médiation et d'accompagnement est utile. Cela pourrait être un travail pour l'année prochaine, et on devrait s'inspirer de processus, par exemple canadien sur le navigateur en santé, donc des gens qui accompagnent vraiment les personnes en difficulté pour avoir un parcours de soins et un parcours de santé en continuum. Ceci est aussi une question de culture nationale : a-t-on la culture de coopération ? L'Etat de droit suffit-il ?

Changement de paradigme ? Un État de droit c'est important et je crois qu'il ne faut pas non plus cracher dessus. On est très satisfait qu'il y ait un Etat de droit, et des droits communs à tous qui sont relativement généreux. On arrive à un point de non-retour pour certaines situations où le droit commun ne suffit pas.

Cet accompagnement est nécessaire, surtout si on veut effectivement avoir des politiques de santé et pas seulement de soins.

Nathalie Ferrand

Je pense qu'il pourrait être intéressant avec ces personnes en situation de précarité, d'aborder la question de l'alimentation qui a un impact fort sur la santé dentaire et la santé générale. Cela permet de pas rajouter des couches à des couches et d'avoir cette vision globale.

La santé ce n'est pas simplement l'absence de maladie comme on disait tout à l'heure. Il y a des choses à faire notamment avec des associations qui sont sur le terrain, que ce soit le Secours populaire, ATD, Secours catholique... De nombreuses associations travaillent sur le terrain.

Cette notion de santé environnementale, ce n'est uniquement par rapport aux polluants, mais avec l'environnement, c'est tout le maillage de vie, de ce qui est en relation avec les gens. Je pense que c'est cela qui donne la confiance et le sens : pourquoi sommes-nous là, pourquoi on vit, pourquoi on existe.

Plus cela va, plus on est dans des réponses techniques et financières, et on oublie complètement que la première réponse est une réponse humaine. C'est-à-dire reconnaître dans l'autre un frère, un autre humain et pas simplement un problème qui va nous coûter cher.

Edmée BERT

Il y a un mot clé qui a été employé tout à l'heure : c'est relais. C'était vraiment important, la reconnaissance par les pairs, cela existe, cela fonctionne dans des tas de domaine, et que sont les pairs dans ce contexte-là : ce sont des relais du savoir, que nous pouvons posséder,

peut-être même maîtriser, que nous transmettons pour qu'ils fassent la vigie, la veille. Et lorsque vous évoquez toutes les difficultés qu'on rencontre lorsqu'on souhaite prendre en charge des populations en très grande précarité, ils ont peur, ils ont honte. Mais si c'est quelqu'un dont ils reconnaissent si ce n'est l'autorité, à tout le moins la justification, et si cette personne peut leur apporter les quelques mots qui débloquent une situation. C'est gagné. Et ces relais, il y a des tas de sociétés où c'est la personne savante : cela peut être l'ancien, le savant, le chaman. Je pense qu'il ne faut pas que nous éludions, en particulier dans un cadre de prévention, de mettre en place des relais qui ne sont pas forcément des professionnels de santé, mais des personnes admises, reconnues et respectées.

Sylvie Azogui-Levy

Merci beaucoup, je pense qu'on va devoir conclure. Jean Paul veux-tu dire le mot de la fin ?

Conclusion

Jean-Paul Espié

En introduction, j'avais annoncé la poursuite des échanges à la suite de ce colloque, et que nous ferions des propositions à partir des réflexions et des propositions formulées ici aujourd'hui, des réponses apportées à quelques questions. Quelles étaient ces questions ? Quelles têtes de chapitre d'un programme de santé bucco-dentaire pour tous ?

Qui sont les victimes des inégalités de santé ? De qui parle-t-on ? La convention répond-t-elle aux inégalités de la santé ?

Quels temps de prévention utiles ou nécessaires pour répondre aux besoins ? Quels accompagnements socioculturels ?

Les structures de soins répondent-elles aux besoins (PASS, Cabinets libéraux, Centres de santé, etc.) ? A revisiter ? Quelles propositions ? Quels soins, Quels leviers, Quels intervenants, Quelles formations utiles ou nécessaires ?

Quelles recherches et études épidémiologiques sur tout le territoire utiles ou nécessaires ?

A partir de nos échanges aujourd'hui des propositions émergent, pouvant faire consensus. Des actions en découleront et seront à mener. Cela fera partie de notre restitution, et des rencontres et des mobilisations pour les mettre en place.

A la fin de ce colloque, je voudrais vous remercier de votre participation à toutes et tous. Bien sûr particulièrement aux intervenants mais aussi à l'ensemble des participants.

Remercier aussi Yannick Marin, collaboratrice de Laurence Cohen, qui a rendu possible ce colloque, qui a participé à la préparation du cadre de travail, et mis à disposition tout le matériel nécessaire à sa tenue. Et qui l'a suivi de part en part.

Encore merci à tous.

A bientôt, certainement lors de la prochaine Journée de Santé Publique Bucco-Dentaire de l'ASPBD, la 19ème journée, qui se tiendra cette année à la faculté de Chirurgie dentaire de Garancière-Paris, le jeudi 7 novembre 2019. Le thème sera « La prévention pour et avec la personne ».

Éléments bibliographiques

1. Rapport Aubert, Le rapport sur la réforme des modes de financement et de régulation, Le quotidien du médecin - 04.02.2019 ;
2. Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention, JORF n°0195 du 25 août 2018, pp240 ;
3. Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la troisième vague de la généralisation des PFIDASS, réalisé dans le cadre de l'accompagnement scientifique par l'Odenore, au sein du régime général de l'Assurance Maladie, H. Revil (ODENORE/PACTE/CNRS), S. Bailly (HP2/INSERM), A. Sarisson (ODENORE/HP2), JUILLET2018 ;
4. La santé bucco-dentaire, un enjeu de santé publique, ASD (Agir pour la santé dentaire) ; 28 Mars 2018 ;
5. « Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France ». Santé Publique 2018/2 (Vol. 30) ; p243-251. DOI10.3917/spub.182.0243 ;
6. Rapport Précarité, pauvreté et santé (Precarity, poverty and health), Académie nationale de médecine, Séance du mardi 20 juin 2017 ;
7. Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes, Etude réalisée par Caroline DESPRES et Pierre LOMBRAIL du laboratoire LEPS de l'université Paris XIII, Fonds CMU / Défenseur des droits, MARS 2017 ;
8. Réseau social dentaire du Val de Marne, Renoncements aux soins dentaires, Réflexions du RDS94- 2017 ;
9. La synthèse du rapport annuel 2017 de l'observatoire de Médecins du Monde, <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/11/08/synthese-rapport-de-lobservatoire-2017> ;
10. Agir contre le renoncement aux soins. Diagnostic, solutions et déploiement. Assurance maladie. Caisse nationale. Dossier de Presse 28 mars 2017 ;
11. Accès aux soins bucco-dentaires. Rapport 2017. Ordre National des Chirurgiens-dentistes ;
12. Rapport d'activité 2017. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017_RA_VF.pdf ;
13. Le non recours à la Couverture maladie universelle complémentaire, Catherine Chauveaud. Philippe Warin, Université Grenoble Alpes, Novembre 2016, Laboratoire PACTE/Odenore, <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/etudes-du-fonds.php> ;

14. Médecine bucco-dentaire sociale. Actes du colloque, 2 et 3 avril 2015. Handicap - Dépendance - Précarité. Aide Odontologique de Suivi Itinérant des Soins. Atlantique, Editions de L'Actualité scientifique Poitou-Charentes ;
15. Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. Caroline Desprès. Anthropologie et Santé 6 (2013) ; Association Amades ;
16. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique, Questions d'Economie de santé, Caroline Desprès, Paul Dourgnon, Romain Fantin, Florence Jusot, IRDES, novembre 2011 ;
17. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique, Questions d'Economie de Santé, Caroline Desprès, Paul Dourgnon, Romain Fantin, Florence Jusot, IRDES, Octobre 2011 ;
18. Problèmes dentaires et précarité, Questions d'économie de la santé, bulletin d'information en économie de la santé, Credes, n° 48 février 2002 ;



**L'ASPBD, L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES ACTEURS
DE LA SANTÉ PUBLIQUE BUCCO DENTAIRE VISE À LA
PROMOTION ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ
PUBLIQUE BUCCO-DENTAIRE À TRAVERS :**

- LA RECHERCHE ET LA PROMOTION D'ÉTUDES,**
- LA CRÉATION D'OUTILS DE RÉFÉRENCE,**
- LA DIFFUSION DES RÉFLEXIONS, RECHERCHES,
PROPOSITIONS ET ACTIONS MENÉES DANS CE DOMAINE,**
- L'ÉCHANGE D'EXPÉRIENCES ET LA COMMUNICATION
ENTRE LES ACTEURS,**
- LA FORMATION,**
- L'INTERVENTION AUPRÈS DES POUVOIRS PUBLICS,**

POUR NOUS CONTACTER:

**ASPBD,
18 RUE AUGUSTE BLANQUI
94250 GENTILLY**

MAIL: contact@aspbd.fr

aspbd.fr