

INTERVENTIONS DE SANTÉ

Mission bucco-dentaire

1^{re} journée de santé publique dentaire

"Quelle réalité, quels enjeux"



Département
du Val-de-Marne

Conseil général



Organisée par la mission bucco-dentaire
Service de Santé publique du Conseil général du Val-de-Marne



Sous la présidence scientifique de

Madame le Professeur Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Doyen de la faculté de chirurgie dentaire de Paris VII

&

Monsieur le Professeur Bernard PELLAT

Doyen de la faculté de chirurgie dentaire de Paris V

Comité scientifique

Docteur Sylvie AZOGUI-LEVY - U.F.R d'Odontologie Paris VII

Docteur Fabien COHEN - M.B.D / D.I.S - C.G. 94

Docteur Jean-Paul ESPIE - M.B.D / S.P.A.S - C.G. 93

Docteur Marysette FOLLIGUET - U.F.R d'Odontologie Paris V

Docteur Philippe HUGUES - M.B.D / D.I.S - C.G. 94

Docteur Mourad SOUAMES - U.F.R d'Odontologie Paris VII

1^{re} journée de santé publique dentaire

" Quelle réalité, quels enjeux "

Direction de la Prévention et de l'Action sociale
Direction des Interventions de Santé

Mission bucco-dentaire

13/15, rue Gustave Eiffel - 94000 CRÉTEIL
Téléphone : 01 43 99 78 40





Le partenariat engagé par le Département, depuis 1991, pour la mise en œuvre de ses actions de Santé publique dentaire nous a permis, au fil des ans, d'apprécier la qualité et la diversité des professionnels qui peuvent concourir, au-delà des seuls chirurgiens dentistes, à une bonne santé bucco-dentaire.

C'est ce qui a conduit le Conseil général du Val-de-Marne à proposer la tenue de cette première journée de santé publique dentaire qui est tout à la fois l'occasion de présenter une troisième enquête épidémiologique évaluant 10 ans de programme départemental de prévention bucco-dentaire, mais aussi de donner la possibilité à d'autres acteurs de la Santé publique dentaire en France de présenter leurs travaux.

Nous remercions les deux présidents scientifiques pour la confiance qu'ils nous ont accordée et leur participation à cette journée. Nos remerciements vont aussi au Comité scientifique, aux présidents de séance, ainsi qu'aux intervenants qui ont donné à cette journée toute sa pertinence.

Enfin, cette journée a été un succès grâce au public nombreux des conférenciers, ainsi qu'à la participation des amis francophones du Canada, mais aussi d'Europe et d'Afrique.

Comme nous y invitait le Comité scientifique de cette manifestation, nous proposons, dès à présent, de rejoindre l'association des acteurs de Santé publique dentaire et nous vous donnons rendez-vous à la journée de 2002.

Dr Fabien COHEN

Coordinateur de la mission bucco-dentaire du Val-de-Marne

SOMMAIRE

Ouverture de la journée	9
<i>Christian FAVIER, président du Conseil général du Val-de-Marne Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE, doyen de la faculté de chirurgie dentaire-Université Paris VII Michel YAHIEL, inspecteur général des Affaires sociales</i>	
Populations, individus :	
<i>Risques et besoins spécifiques</i>	12
<i>Président de séance - Pr. Marc BRODIN, président de la Conférence nationale de Santé</i>	
<i>Programme d'hygiène bucco-dentaire dans un service de soins de longue durée</i>	13
<i>Dr. Philippe CHARRU, praticien hospitalier - Unité de Gériatrie - Hôpital Louis Mourier - Colombes</i>	
<i>Accès aux soins dentaires pour les personnes handicapées en France</i>	14
<i>Pr. Martine HENNEQUIN, U.F.R. d'Odontologie - Université Clermont 1</i>	
<i>Constat sur l'état dentaire des arrivants en maisons d'arrêt Moyens et choix des thérapeutiques</i>	15
<i>Dr. Annie DE LA CASINIERE, maison d'arrêt - Draguignan</i>	
<i>Etude sociologique sur la santé bucco-dentaire Approche des motifs de non-réalisation des soins</i>	17
<i>Dr. Marie-Cécile REGNAUT-BLONDIAUX, centre de prévention et d'examen de santé de la C.P.A.M de la Somme</i>	
<i>U.F.S.B.D - C.P.E.S Vers un partenariat sur les maladies parodontales</i>	18
<i>Dr. Christian AUGER, secrétaire général de l'union française pour la santé bucco-dentaire</i>	
Recours et accès aux soins :	
<i>Système de santé et réseaux</i>	19
<i>Président de séance - Dr. Bernard ELGHOZI, secrétaire général de la coordination nationale des Réseaux</i>	
<i>Ethique et responsabilité du praticien face à la précarité</i>	19
<i>Pr. Christian HERVE, directeur du laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de Santé publique - faculté de Médecine Necker - Enfants malades - Université Paris V</i>	
<i>Etat bucco-dentaire réel et perçu des adultes bénéficiaires de la C.M.U</i>	20
<i>Dr. Stéphanie TUBERT, maître de conférences U.F.R d'Odontologie - Université Clermont1</i>	
<i>Réseau de soins / Réseau de santé</i>	21
<i>Gilles POUTOUT, directeur adjoint - Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Ile-de-France</i>	
<i>Le réseau social dentaire du Val-de-Marne</i>	23
<i>Dr. Sophie EMMANUELLI, mission bucco-dentaire - Conseil général du Val-de-Marne</i>	
<i>Analyse d'un indicateur médico-économique d'activité des services d'Odontologie hospitalo-universitaires</i>	24
<i>Dr. Frédéric RILLIARD, U.F.R d'Odontologie - Université Paris VII</i>	



Les politiques de prévention :

Démarches individuelle et collective

27

Président de séance - Marc ZAMICHIEI, responsable santé - Fédération des Mutuelles de France

Implication des résultats de l'enquête épidémiologique 2000/2001 du Val-de-Marne sur le programme départemental

27

Dr. Ariane EID, mission bucco-dentaire - Conseil général du Val-de-Marne

Les nouveaux enjeux des actions programmées de santé bucco-dentaire

Expérience du programme départemental de prévention bucco-dentaire de Seine-saint-Denis

29

Dr. Jean-Paul ESPIE, responsable du service de prévention bucco-dentaire Conseil général de Seine-saint-Denis

La carie de la petite enfance

Mise en place d'un moyen de prévention et d'un système permettant d'en vérifier les résultats

30

Pr. Stéphane SCHWARTZ, chef de la section pédiatrique - faculté Dentaire-Université Mc GILL - Montréal

Evaluations nationale et régionale du bilan bucco-dentaire

30

Dr. Evelyne BAILLON-JAVON, chirurgien dentiste conseil - Chef de service - C.P.A.M. du Val d'Oise

La Santé publique à l'Université :

De la formation initiale à la pratique

34

Président de séance - Pr. Jean POUÉZAT, président du Collège national des enseignants Odontologistes de Santé publique.

Les interventions du chirurgien dentiste conseil évoluent

Du contrôle de la réglementation aux actions de Santé publique

35

Dr. Jean-Yves ORGEBIN, chirurgien dentiste conseil - Chef de service - Caisse nationale d'assurance maladie.

Pratique dentaire, terrain, politique de la ville

36

Dr. Claude LAGUILLAUME, directeur de la santé de la ville de Gentilly.

Université – ONG : Quel partenariat ?

36

Dr. Bernard DECROIX, directeur de l'aide Odontologique internationale.

L'expérience des stages de Santé publique des étudiants de 6^e année

à l'U.F.R d'Odontologie de l'Université Paris V

Dr. Jean-Claude TAVERNIER, maître de conférences U.F.R. d'Odontologie – Université Paris V

Clôture de la journée

40

Pr Bernard PELLAT, doyen de la faculté de Chirurgie dentaire-Université Paris V

Yves TALHOUARN, directeur général adjoint en charge de la Direction de la Prévention et de l'Action sociale. Conseil général du Val-de-Marne



Ouverture de la journée

Christian FAVIER,
Président du Conseil général du Val-de-Marne

« C'est avec un grand plaisir que j'ai accepté la proposition d'ouvrir cette première journée de Santé publique dentaire, et que je vous accueille aujourd'hui, à l'Hôtel du département du Val-de-Marne.

Je tiens à vous remercier pour votre participation, à remercier les éminents intervenants qui ont accepté de faire une communication et à saluer le Comité scientifique pour son excellent travail de préparation.

Vous allez échanger, défricher et élaborer aujourd'hui autour d'un thème et d'une exigence, encore largement délaissés dans notre pays : l'accès pour tous à la prévention et aux soins dentaires.

Les rapports sur la santé en France, par le Haut Comité de la Santé publique, et les recommandations des Conférences nationales et régionales de Santé reconnaissent, en effet, que la politique de Santé publique doit, notamment et prioritairement, s'attacher à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Grâce au rapport de M. YAHIEL, les causes et les responsabilités, de ce que certains n'hésitent pas à qualifier dans ce domaine de médecine à deux vitesses sont aujourd'hui établies et largement partagées.

Les solutions passent par la nécessité d'élaborer un programme inscrit dans la durée, fondé sur la prévention et par une revalorisation importante des soins conservateurs, aujourd'hui mal rémunérés aux professionnels, ce qui permettrait à moyen

terme de faire reculer la carie dentaire et le recours aux prothèses, tout en répondant à la nécessité, selon moi, d'une meilleure prise en charge immédiate des prothèses

Mais, cela ne se fera pas, sans la définition d'une vraie politique de Santé publique dentaire, à laquelle vous allez contribuer ici. Il s'agit de rattraper l'énorme retard pris par la France en développant considérablement la prévention.

Pourquoi la médecine scolaire ne disposerait-elle pas de dentistes scolaires, la médecine du travail de dentistes du travail, pourquoi les hôpitaux publics mettent-ils tant de retard à développer l'odontologie ?

Vos travaux sont donc porteurs d'enjeux importants pour la population qui témoigne, à juste titre, de fortes insatisfactions et attentes dans ce domaine. Il n'est pas indifférent que cette journée de Santé publique dentaire, une première dans notre pays, se tienne dans le département du Val-de-Marne où le Conseil général mène, depuis de longues années, une politique active et dynamique de prévention bucco-dentaire.

Doté d'une mission spécifique, animée par le Docteur Fabien COHEN, le Conseil général a développé un partenariat fructueux avec l'Education nationale, l'Assurance maladie, près de la moitié des villes, la protection judiciaire de la jeunesse, les praticiens et enfin avec l'Université.

Notre souci de répondre aux besoins des Val-de-Marnais nous incite à de perpétuelles évolutions. Ainsi, dans le cadre de la mise en place de la CMU, nous agissons concrètement et budgétairement pour que les professionnels puissent assurer, aux personnes concernées, un traitement éthiquement conforme aux dernières données acquises par la médecine dentaire.



Nous voulons aussi, contribuer à construire un vrai réseau social dentaire à l'intention des patients en situation de précarité, pour leur permettre le passage de soins souvent discontinus à un vrai suivi. Mettant l'usager au centre du dispositif par un accompagnement social et administratif personnalisé, Il associerait les praticiens libéraux, les hôpitaux du département, ainsi que les centres de santé et d'autres partenaires, dont la faculté de chirurgie dentaire et l'Ordre des chirurgiens dentistes. Je veux souligner l'état d'esprit hautement positif des différents acteurs.

J'avoue donc ne pas comprendre le refus, que vient d'opposer le fonds d'aide à la qualité des soins de ville, à la demande de subvention qui lui a été faite.

Mesdames, Messieurs,

Vous le voyez, la démarche, que j'espère modeste mais efficace, qui est la nôtre rejoint nombre de vos réflexions et préoccupations.

Je sais que cette première journée de Santé publique dentaire est, en soi, un événement qui marquera.

Je forme donc des vœux pour que vos travaux et leurs suites permettent d'impulser de nouveaux partenariats et de nouvelles pratiques.

Vous pouvez être assurés de mon engagement auprès de chacun d'entre vous et auprès de tous, pour continuer à agir dans cette direction.

Je vous remercie.



Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Doyen de la faculté de chirurgie dentaire ParisVII



Cette journée organisée sous l'égide du Conseil général est à l'initiative du docteur Fabien COHEN. Je tiens à l'en féliciter. Je suis très honorée de participer à la coprésidence scientifique de cette journée avec mon collègue Bernard PELLAT, doyen de l'UFR d'odontologie de l'université Paris V.

Monsieur le professeur Marc BRODIN présidera la séance "Populations, individus, risques et besoins spécifiques".

Monsieur le docteur Bernard ELGHOZI présidera la séance "Recours et accès aux soins, systèmes de santé et réseaux".

Monsieur Marc ZAMICHIEI interviendra sur les "Politiques de prévention, démarches individuelle et collective".

Enfin Monsieur le professeur Jean POUÉZAT animera la table ronde "Santé publique à l'université, de la formation initiale à la pratique".

Nous les en remercions.

Saluons également la présence de nos collègues Canadiens : Madame le professeur SCHWARTZ, de l'université Mac Gill de Montréal, et le professeur KANDELMAN, de l'université de Montréal.

Les problématiques de Santé publique sont constituées d'un certain nombre de facteurs : les systèmes de santé, les références culturelles et sociales, les exigences et contraintes économiques, les évolutions scientifiques et technologiques.

L'objectif de cette journée est de réunir ces différents aspects autour de la santé dentaire et de ses enjeux en terme de Santé publique : l'amélioration de la santé dentaire pour toutes les populations, l'amélioration de la prise en charge des soins dentaires, l'amélioration de la qualité des soins et des pratiques professionnelles.

Cette réflexion doit se faire dans des relations de confiance, où chaque logique d'acteur doit être respectée.

L'université, compte tenu de ses missions de formation, initiale ou continue, s'inscrit bien entendu dans cette concertation. Elle s'intègre de plus en plus dans ces enjeux de Santé publique, certains "indicateurs" en témoignent, comme l'obligation pour les étudiants en dernière année de réaliser un stage d'intérêt général de prévention, d'éducation pour la Santé ou encore l'augmentation de l'effectif des enseignants hospitalo-universitaires en Santé publique. Il y a une

prise de conscience , la Santé publique étant reconnue comme discipline hospitalière.

L'université a également une mission de recherche. Nous savons qu'au moment des évaluations, voire des certifications, les niveaux de preuve sont importants dans l'évolution des bonnes pratiques professionnelles. Les hospitalo-universitaires doivent en ce sens développer les activités de recherche, à la fois sur le plan expérimental et clinique et sur celui de la démarche qualité.

Je souhaite que cette journée aboutisse à la constitution de groupes de travail, voire de journées de Santé publique au niveau national. >>



Michel YAHIEL.

Inspecteur général des Affaires sociales

<< *Je ne suis pas ici le représentant des ministres qui m'ont confié ma mission.*

Au cours de mon long périple dans le milieu de la santé dentaire, j'ai eu l'occasion de rencontrer bon nombre d'intervenants et d'acteurs.

Les échanges ont été intenses et variés, notamment avec les centres de santé, et notamment avec Fabien COHEN, qui a été soutien et censeur très actif.

Ma mission n'a pas porté sur les seuls aspects de prévention — l'aspect financier est par exemple un point d'entrée obligé —, mais je me suis tout de même rendu compte que la dimension territoriale de la prévention en matière de soins dentaires était primordiale, en particulier en direction des enfants et des personnes en situation sociale difficile. Je n'étais pas spécialiste de ces questions, mais quand on se penche sur cette dimension territoriale de la prévention, on arrive assez vite au département du Val-de-Marne dans tous les domaines. D'où ma présence ici.

Je vous livrerai tout d'abord quelques éléments de réflexion collective.



En matière de soins odontologiques, il n'y a pas beaucoup de doutes sur les apports de la prévention. De même, les bonnes pratiques sont à peu près répertoirees, en France comme à l'étranger. Si les moyens étaient disponibles, vous inventeriez dès demain une politique de prévention immédiatement efficace, avec des résultats humains, sanitaires et accessoirement économiques pertinents, avec un taux d'erreurs relativement faible. Les certitudes dans le domaine de la santé sont suffisamment rares pour que l'on n'hésite pas à en faire son miel.

Le partenariat en ce domaine fonctionne. Cela tient au fait qu'il n'existe pas d'ambiguïté : chacun a sa place.

Une autre caractéristique est la pluralité des financeurs. Lorsque la Sécurité sociale n'est pas seule, elle ne peut être que plus pertinente. Ici aussi les partenariats sont une donnée de fait. Il n'y a ni tension, ni recherche permanente obligée.

L'Etat dans tout cela a un double rôle.

D'une part il est à la fois arbitre et joueur. Il est promoteur des règles collectives, c'est la règle de la démocratie, et acteur du dispositif avec des outils parfois difficiles à déployer.

Dans le domaine de la prévention, l'Etat a un rôle majeur à jouer, rôle financier mais aussi juridique. La prévention est en effet une prérogative régaliennne. La proposition que j'ai faite de généraliser les actions de prévention dans le milieu scolaire doit être lancée par l'Etat mais il ne peut pas le mettre en œuvre tout seul.

Je ne sais si la réforme des soins dentaires va avoir lieu, mais en tout cas elle ne risquait pas d'avoir lieu avant que l'on se penche sur le problème. D'autre part, si elle ne se fait pas, ce ne sera certainement pas du fait de ceux qui se trouvent ici aujourd'hui. >>

Populations, individus :

Risques et besoins spécifiques

Pr. Marc BRODIN

Président de la Conférence Nationale de Santé

La Conférence Nationale de Santé existe depuis 1996. Elle comprend aujourd'hui 78 membres : un quart sont des libéraux représentés par le Centre national des professions de Santé ; un quart sont les personnels hospitaliers publics et privés, représentés par les directeurs, les médecins et les salariés ; le troisième groupe est constitué des représentants des régions ; les 20 % restants sont dits "personnes qualifiées" : ils représentent soit des professionnels de Santé publique, soit des associations d'usagers.

Cette Conférence étudie les besoins de santé de la population et fait des recommandations destinées aux parlementaires pour alimenter chaque année les débats sur la construction de la loi de financement de la Sécurité sociale.

Elle utilise pour ses travaux les expertises du Haut Comité de Santé publique et les travaux réalisés dans les régions.

Les questions dentaires apparaissent en filigrane depuis deux ans, dans les débats de la Conférence nationale de Santé sur le "panier de soins" et la couverture maladie universelle. Nous savons que la prévention en matière dentaire, notamment chez les jeunes, serait un apport considérable pour notre société.

Avant 65 ans, beaucoup reste à faire pour éviter la morbidité et la mortalité par accidents ou suicides, réduire les inégalités de santé, selon les catégories sociales ou professionnelles, et réduire les inégalités de santé selon les territoires ou les dynamiques de peuplement. Par comparaison avec nos voisins d'Europe de l'Ouest, les écarts d'espérance de vie sont en France parmi les plus élevés, de l'ordre de 7 à 8 années selon les caractéristiques sociales et professionnelles des familles ; il en est de même, selon les régions. Un Français âgé de 25 ans a, grosso modo, deux fois plus de risque de décéder de mort violente ou d'accident, qu'un suédois ou un anglais.

Ces situations sont pour partie évitables, par des actions qui sont surtout à conduire en dehors du système de soins proprement dit. Nous faisons de nombreux constats, et cependant nous agissons peu. Ce que nous faisons se trouve peu en adéquation avec ce que nous savons sur les déterminants de santé. La dignité, le respect, la chance donnée ou retirée aux uns ou aux autres est déterminante de cette santé (Jonathan Mann).

La prévention se réfère à un raisonnement de rentabilité du "service médical rendu", de stratégies efficaces. La prévention dans son histoire s'appuie sur la notion de résultat collectif escompté, résultat de probabilité calculée. Il est important de retenir en la matière que l'optimum

En décembre 2000, six priorités de santé émanaient des régions :

- ◆ La dépendance des personnes âgées.
- ◆ La périnatalité.
- ◆ Les questions relatives à l'habitat précaire
- ◆ La prévention de l'échec scolaire
- ◆ La prévention du suicide et comment se comporter face à une tentative.
- ◆ Les accidents liés à l'alcool, notamment chez les jeunes. Nous sommes en ce domaine parmi les plus mauvais d'Europe.

collectif de la santé n'est pas l'équivalent de la somme des résultats individuels. Tout le défi, en matière de programme de prévention, est de toucher l'ensemble de la population destinataire.

Subrepticement, à la demande de nos concitoyens, nos analyses évoluent d'une représentation collective avec argumentaire économique, vers une représentation de la prévention sur une base individuelle, fonction du désir de chacun. Selon cette lecture, ce serait une perte de chance pour certains, si la société n'offrait pas à tous les possibilités de se soumettre à un dépistage ou accéder à un soin, chacun selon son propre désir. En l'absence de telle proposition claire de prise en charge, chacun pourrait invoquer la notion de perte de chance.

Évoquer la prévention, c'est parler d'espérance de vie. Traditionnellement, prévenir, c'est investir dans la santé. La prévention nécessite d'avoir du temps devant soi. Travailler en prévention, c'est simplement investir aujourd'hui pour obtenir un retour dans 20 à 30 ans ; un peu moins de maladies à soigner à un stade avancé, parce que prévenues plus tôt. Il n'y a pas de prévention dans une vision à court terme, ou sans disponibilité de temps.

Programme d'hygiène bucco-dentaire dans un service de soins de longue durée

Dr Philippe CHARRU

Praticien hospitalier. Unité de Gérodontologie-Hôpital Louis Mourier. Colombes.

J'ai sur-titré mon intervention "Quand l'eau vient à la bouche", car c'est l'ampleur du problème de la dénutrition protéino-énergétique qui a amené les médecins gériatres à s'intéresser à la bouche. La littérature gérodontologique nous montre essentiellement quatre choses.

Il existe peu d'études épidémiologiques françaises de grande échelle, et en particulier prospectives, sur la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

On ne retrouve pas de consensus sur les critères d'évaluation de l'état bucco-dentaire retenus dans ces différentes publications françaises, qui



sont le plus souvent issues d'initiatives locales entre des facultés d'Odontologie et des services gériatriques.

La diversité des publics gériatriques est grande : LA personne âgée n'existe pas. Le champ d'étude concerne plusieurs générations et donc plusieurs types de comportement en matière de soins bucco-dentaires. De plus, la localisation géographique (domicile, institutions) apporte une différenciation qui empêche la globalisation des résultats.

L'accès des personnes âgées aux soins dentaires est insuffisant.

Ces études nous apportent pourtant quelques repères chiffrés.

Le pourcentage d'édentés totaux est élevé ; globalement ceux-ci sont appareillés, mais on constate un manque important de fonctionnalité des prothèses. La reprise ou la confection d'une prothèse nécessitent de mieux formaliser l'accord des patients, des familles et des équipes soignantes en institution.

D'autre part le taux de caries sur la dentition restante est important, avec le problème spécifique et mal connu des racines résiduelles.

On constate enfin le mauvais état de la cavité buccale et du parodonte. Cela renvoie à la difficulté de mettre en place, notamment en institution, des protocoles d'hygiène buccale et dentaire. Nous devons sans doute travailler sur cette voie.

Trois axes déterminent ce programme :

Un dépistage, via un relevé individuel des bouches et des prothèses, un marquage de l'ensemble des prothèses aboutissant à la mise en place d'un protocole d'accueil bucco-dentaire de tous les nouveaux patients.

La réalisation d'un référentiel de soins après un audit des pratiques observées.

L'enquête de prévalence de la candidose buccale.

Le programme d'hygiène bucco-dentaire que nous avons mis en place à l'hôpital Louis Mourier de Colombes en collaboration avec la faculté de chirurgie dentaire Paris V s'appuie sur la présence de six étudiants de TCEO1, à raison d'une vacation par semaine, d'octobre à juin 2001.

Les perspectives de ce programme

La reconduction du stage de Santé publique des étudiants : trois étudiants, un par unité, vont travailler avec nous l'an prochain.

La recherche en soins dentaires (lien état dentaire - nutrition, soins d'hygiène)

L'extension de ce programme sur un réseau gériatrique du 92 Nord.

Accès aux soins dentaires pour les personnes handicapées en France

Pr Martine HENNEQUIN

U.F.R d'Odontologie-Université Clermont1

En matière d'odontologie, nous avons des difficultés à cerner les populations dites handicapées.

Je m'adresse plutôt à des personnes victimes d'une déficience qui n'est pas d'étiologie dentaire mais qui représente un obstacle aux soins.

Nous pouvons reprendre le terme de "special care", ou "special need", qui représente l'ensemble des personnes présentant une déficience physique, médicale ou mentale. Celles-ci, parfaitement caractérisées dans les pays du Nord, y bénéficient d'une prise en charge personnalisée et longitudinale, avec un cadre administratif et des structures de soins communautaires. Les plateaux techniques y sont d'ailleurs très complets et performants.

Un moyen d'appréhender ces populations serait d'évaluer ce que sont les personnes qui relèvent d'une prise en charge en sédation, ce que nous avons fait dans notre service.

Parmi les patients qui relèvent d'une prise en charge un peu adaptée, nous retrouvons les phobiques et les anxieux, qui ont une histoire bucco-dentaire un peu difficile, les enfants de moins de 4 ans et pour 60 % les personnes handicapées, avec un âge moyen de 21,8 ans.

Les soins spécifiques en France rassemblent les personnes qui ont un handicap sévère congénital ou acquis. On y ajoute les enfants de moins de 4 ans qui ont des besoins nécessitant un accompagnement comportemental adapté, les personnes âgées atteintes de troubles du comportement, les



malades psychiatriques.

Le système général de soins dentaires est finalement inadapté aux besoins des personnes handicapées. Ces besoins sont sous estimés et les mesures générales de prévention sont inadaptées.

Les études qui ont pu être menées montrent que la profession des dentistes généralistes est concernée par ce problème : la prise en charge de personnes présentant des troubles comportementaux relève en fait de la bienveillance du praticien.

Une étude spécifique a été menée concernant des enfants porteurs de la trisomie 21. On constate qu'ils consultent plus le dentiste que leurs frères ou sœurs, mais reçoivent moins de soins, bien que leurs besoins soient très importants. Il apparaît difficile pour les parents de trouver un praticien qui suive leur enfant. Pour les enfants autistes, la situation est encore pire.

Dans le cas d'interventions sous anesthésie générale, l'entourage proche de ces personnes totalement dépendantes sous-estime dans 99% des cas les besoins en soins dentaires. Même les chirurgiens dentistes, lors des visites préopératoires, sous-estiment ces besoins dans 76 % des cas.

En fait nous constatons que ces personnes handicapées sont totalement exclues des programmes de prévention. Le bilan bucco-dentaire, par exemple, est totalement inadapté aux enfants non coopérants.

Il y a d'autre part une absence de programme visant les personnes dépendantes. On ne cible d'ailleurs pas non plus la formation des personnels dans les centres.

Que faire pour améliorer cette situation ?

Définir et budgétiser un cadre administratif adapté, définir une CMS, Couverture Médicale Spécifique, comme nous avons défini une CMU.

Définir une nomenclature des actes et développer des services hospitaliers référents permettant de recevoir ces personnes.

Former les chirurgiens dentistes généralistes. Pour le moment, cela ne relève que de l'intérêt qu'un enseignant peut porter à ce type d'activité.

Développer des programmes de prévention adaptés.



Constat sur l'état dentaire des arrivants en maisons d'arrêt : moyens et choix des thérapeutiques

Dr Annie DE LA CASINIÈRE
Maison d'arrêt. Draguignan

L'impossibilité de répondre à toutes les urgences et d'assurer les soins m'a conduit à établir un constat à partir d'une étude statistique menée en 1999 à la prison de Fleury-Mérogis dans le bâtiment où j'exerçais.

Pour évaluer l'état bucco-dentaire de cette population et les besoins de soins j'ai pratiqué, sur une période de 5 mois, un examen systématique des arrivants de la journée : soit un échantillon de 229 personnes sur 701 entrants dans le bâtiment.



La comparaison avec une population témoin d'un centre de santé de la C.P.A.M a montré que globalement les arrivants en maison d'arrêt présentaient un état bucco-dentaire plus dégradé que la population témoin que ce soit en termes de caries, de dents à extraire, de dents absentes. 96 % de cette population avaient besoin d'une prise en charge thérapeutique, les 2/3 avaient besoin d'un traitement urgent et 1/3 d'un traitement prothétique.

A partir d'une estimation du temps moyen de réalisation d'un acte d'1/2 heure, nous avons calculé le temps nécessaire pour la prise en

charge thérapeutique des 701 entrants soit : 345 h/mois. La prothèse fixe grande dévoreuse de temps n'a pas été prise en compte d'autant plus que sa réalisation n'est pas assurée dans certaines maisons d'arrêt.

Considérant que les personnes présentes étaient déjà soignées il aurait donc fallu pour ce bâtiment de 450 personnes 3 postes de praticien à temps plein. Or nous ne disposons que de 90% d'un temps plein.

Par ailleurs nous n'avons pas d'assistantes dentaires, statut non reconnu dans le cadre hospitalier auquel nous sommes rattachés et l'absence d'informatisation qui entraîne des double transcriptions pour le suivi du dossier médical, génère également une perte de temps, tout autant qu'un possible manque de cohérence entre dossier médical et dossier infirmier.

Actuellement nous travaillons donc essentiellement dans l'urgence.

Au delà des problèmes de temps, la réalisation de prothèses se heurte de plus à des difficultés engendrées par des hésitations des tutelles administratives même dans des cas susceptibles d'une prise en charge par la Sécurité sociale ou pour certains types de prothèse par une participation demandée au patient. Dans certains centres pénitentiaires des prothèses fixes sont même réalisées à titre libéral.

Nous souhaitons pouvoir rétablir les détenus dans un état bucco-dentaire satisfaisant non seulement pour améliorer l'état général de ces personnes, mais également, à travers la réhabilitation esthétique, pour favoriser leur réinsertion entre autres professionnelle.

Bien évidemment nous ne disposons ni de temps spécifique, ni de personnels spécifiques pour faire de l'éducation à la santé.

Il conviendrait donc de recruter du personnel

Chirurgiens dentistes mais également assistantes dentaires formées au travail au fauteuil, à la stérilisation etc, d'informatiser les cabinets, d'assurer une cohérence dans la prise en charge des prothèses et aussi une cohérence dans les dossiers médicaux-dentaires-infirmiers.

Etude sociologique sur la santé bucco-dentaire : approche des motifs de non-réalisation des soins

Dr Marie-Cécile REGNAUT-BLONDIAUX
Centre de prévention et d'exams de santé de la C.P.A.M de la Somme

L'étude dont je vais vous faire un bilan s'est déroulée dans la Somme, via des bilans de santé gratuits (une analyse des catégories socio-professionnelles a été réalisée). Elle vise à connaître le champ des représentations touchant au domaine bucco-dentaire de personnes en situation de non-soins et s'inscrit dans une double démarche d'observation des besoins de la population et d'éducation pour la santé.

Un examen clinique et un entretien individuel, permettant au consultant d'exprimer son vécu dentaire, nous ont permis de dégager les motifs de non-soins. Les mots-clés repérés lors de ces entretiens nous ont permis de construire une grille d'exploitation.

Les obstacles à la réalisation des soins peuvent bien sûr se cumuler.

Le temps est souvent évoqué, mais en fait le dialogue avec les patients met en lumière des obstacles plus réels.

L'aspect financier est objecté en termes d'avance de frais et nous avons repéré parallèlement une méconnaissance du coût réel.

La peur existe encore et peut revêtir différentes formes pouvant se combiner entre-elles :

- ◆ **La peur du dentiste**, sans liaison significative avec le vécu, correspond à une image culturelle, image d'épinal encore vivante.
- ◆ **Les craintes "physiques"** (de la douleur, de la piqûre).
- ◆ **Les expériences négatives** liées aux dents elles-mêmes (maux de dents) ou à des soins dentaires.
- ◆ **L'appréhension** devant toute investigation médicale.

Nous rencontrons aussi l'absence de motivation pour la santé dentaire, conjointe à l'absence de culture médicale avec parfois l'acceptation de la destruction ou de la perte des dents.

Existe le refus de la prothèse amovible ou de son renouvellement lié à l'inconfort ou à l'impact psychologique que représente le port d'une prothèse amovible.

Le constat, qui sert de repère pour la personne, qui fait "sens", est l'absence de douleur, de sensation ; le consultant exprime ne pas être gêné, ne pas avoir mal et ce, pour une personne sur deux de l'échantillon, ce qui est l'élément le plus représentatif.

Ce dernier point a sans nul doute un impact au niveau comportemental.

Ainsi, le non-recours aux soins dentaires peut concerner toutes les catégories professionnelles vues au C.P.E.S. Il ne correspond pas à un obstacle strictement financier.

En terme de représentation bucco-dentaire, il semble que tout s'articule autour de la douleur (absence, crainte, sensation, négligence voire déni).

Pour la problématique du non-recours aux soins dentaires, deux axes essentiels se dégagent :

- ◆ **une absence de sensation signifiante pour le patient.**
- ◆ **le domaine bucco-dentaire reste associé à l'appréhension voire à la peur.**

L'écoute des motifs de non-réalisation des soins évoqués par le patient, la "toile de fond" de l'entretien étant la liberté de tout individu à se définir lui-même, le dentiste mettant à disposition ses compétences a mis en lumière que le besoin premier de la personne est dans l'expression de son problème. Dans ces conditions peut s'envisager une levée des freins à consulter, la personne devenant acteur, ou bien sollicitant un accompagnement.



UFSBD-CPES : vers un partenariat sur les maladies parodontales

Dr Christian AUGER

Secrétaire général de l'Union française pour la santé bucco-dentaire.

Notre organisation se devait bien entendu d'être représentée ici aujourd'hui.

L'UFSBD a décidé de lancer une grande enquête nationale conduite avec le centre collaborateur OMS diabète, DIABCARE, et les centres d'exams de Santé de la Sécurité sociale.

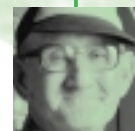
Engager une étude épidémiologique jamais réalisée à ce jour sur la prévalence des maladies parodontales et des facteurs de risques associés, notamment le diabète et le tabac, s'inscrit dans l'évolution actuelle des pathologies dans le domaine dentaire.



Si nous avançons manifestement dans notre lutte contre la carie, il n'en demeure pas moins qu'existent des zones de précarité en ce qui concerne les résultats. Il faut continuer en ce sens, mais l'espérance de vie s'allongeant demande à ce que soit encore plus pris en compte le risque parodontal.

L'UFSBD a pour ambition de placer au même niveau le risque carieux et le risque parodontal.

L'étude montrera d'autre part les liens entre l'état dentaire et de multiples autres pathologies. Elle s'inscrit donc dans une ligne d'ouverture et de collaboration avec d'autres professionnels de Santé. Une riche collaboration s'est d'ailleurs instaurée entre les différents acteurs de l'enquête.



Trois groupes de travail ont été constitués, l'un sur le diabète, un autre sur le tabac et un troisième sur la parodontologie pour élaborer le protocole d'enquête. Celle-ci porte sur un échantillon représentatif de 3 300 adultes de 39 à 65 ans.

Un dispositif de formation de chirurgiens dentistes enquêteurs des centres d'exams de Santé a été mis en place sous la forme d'une réunion nationale qui les a tous rassemblés. Des formations au niveau local seront ensuite réalisées avant que ne commence l'enquête. Un contrôle de qualité est enfin prévu durant le déroulement du recueil des données.

Les résultats des deux années de travail seront bien entendu publiés et pourront donner lieu à des montages de campagne de prévention dans le cadre de réseaux, notamment avec les autorités de tutelle.

Conclusion

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Nous pouvons conclure cette séance sur le thème de la formation des praticiens. Nous voyons que la formation correspondant à des besoins spécifiques doit être de plus en plus intégrée dans ce qui existe.

La communauté hospitalo-universitaire, avec tous ses partenaires, doit réfléchir aux orientations à donner à la formation pour répondre à ces besoins.

D'autres métiers dans le domaine bucco-dentaire seront sans doute à inventer dans les années futures.

Recours et accès aux soins :

Systeme de santé et réseaux

Dr Bernard ELGHOZI

Secrétaire général de la coordination nationale des Réseaux

C'est depuis environ 1988 que nous nous posons cette question de l'accès aux soins, avec les partenaires sociaux et institutionnels. Autour de cette question s'est ainsi très tôt constituée une mobilisation, que l'on n'appelait pas encore "réseau", à Créteil et autour de Créteil.

Quelque 14 ans après, il semble que nous soyons le premier réseau d'accès aux soins reconnu et financé dans le cadre du FAQSV. Un réseau demande donc du temps pour se constituer.

Un réseau est finalement le résultat de longues pratiques communes entre des acteurs concernés à un moment donné, sur un territoire donné, par un problème donné.

Il a ainsi fallu 10 ans pour que se constitue le réseau d'accès aux soins dentaires en Val-de-Marne. La difficulté réside dans le fait de trouver les bonnes articulations entre les professionnels et les institutionnels bien sûr, mais aussi avec le troisième partenaire qui est l'utilisateur, les gens, dont la place est un peu plus difficile à trouver.

L'enjeu est en effet que ceux-ci reprennent la main dans leur histoire de santé.

La loi sur les droits des malades est un élément de réponse, mais comment la mettre en œuvre ?

Il est important d'être acteur et en même temps chercheur vis-à-vis de sa propre pratique. Ceci nous amène à la question de l'évaluation, pas seulement quantitative ou technique, mais aussi de l'évolution des pratiques, celle-ci étant l'échine de l'histoire des réseaux.

Nous avons besoin aujourd'hui d'accompagnement, pas seulement de formation, pour les professionnels investis dans ces réseaux.

Je pense que deux éléments forts nous ont obligés à revoir nos pratiques : le sida et la précarité. C'est bien vers 1989 que s'est posée également la question de l'accès aux soins dentaires, et il est important de voir naître ce réseau aujourd'hui, où il ne s'agit pas seulement de soins mais aussi de prévention et d'éducation, de formation et d'information.

Ethique et responsabilité du praticien face à la précarité

Pr Christian HERVE

Directeur du laboratoire d'éthique médicale, de droit de la santé et de Santé publique. Faculté de médecine Necker-enfants malades-Université Paris V

Je vous ferai simplement part de quelques réflexions sur l'accès aux soins des personnes que j'appelle "en vulnérabilité", pouvant aller jusqu'à l'exclusion.

En ce sens, pour ces personnes, les réseaux sont fondamentaux, mais ils ne seraient rien s'il n'y avait pas une re-détermination du sens de la consultation, de la relation médecin-patient.



Le problème du soignant est la technique : elle lui permet d'être efficace et en même temps l'aveugle. Or, face à un patient en situation de précarité, ou de vulnérabilité, le praticien doit justement tout d'abord ouvrir grand les yeux. C'est ainsi que l'on évitera que la médecine ne devienne totalitaire dans la vision qu'elle a de la personne.

Les facteurs de vulnérabilité sont connus : ils sont médicaux et sociaux. Après avoir inventorié ces facteurs, à Nanterre, nous avons fait en sorte d'interroger les patients et d'agir de telle manière que les consultations soient à la fois médicales et sociales. Il ne s'agit pas de médicaliser les problèmes sociaux, mais d'assurer un accès réel aux soins, les facteurs sociaux venant potentialiser des états morbides, voire les déclencher, alors ces derniers sont l'expression et non la cause de l'état de souffrance dont se plaint le patient. Ce résultat, étendu à de nombreux médecins installés dans Nanterre et les communes avoisinantes du 92, n'a été possible que grâce à un travail en réseau, avec notamment des tutelles qui nous ont confortés.

Cet exemple peut être une ouverture vers une nouvelle forme de médecine, une pratique sociale, mais qui doit connaître ses limites. En effet, jamais une solution technique, le câblage informatique des réseaux par exemple, ne permettra d'améliorer une prise en charge médicale si la base même de la relation entre médecins et malades n'est pas promue.

Pour réinsérer humainement les individus, la relation médecin-malade peut beaucoup apporter. La médecine peut apparaître comme une porte d'entrée dans la personnalité de la personne souffrante, une occasion d'écoute et de présence voire d'orientation, quelle que soit la cause de la souffrance invoquée l'objectif du soignant étant d'aller vers l'équilibre de la personne dans son environnement.

Aucune loi ne peut agir dans ce domaine, tout se résout dans la présence et l'humilité, l'humanité du professionnel.

Au-delà d'un droit étendu il s'agit plutôt d'adopter une nouvelle attitude à intégrer par tous les membres de la société française, un nouveau discours de solidarité humaine consentie et partagée, notamment envers les plus faibles, face aux violences de toutes collectivités.

Le paradigme de la médecine devient de plus en plus différent de celui de la biologie et de ses applications, et ne doit pas se laisser envahir par celui des techno-sciences.

Le paradigme du soin est aujourd'hui particulièrement d'actualité. La médecine ne doit pas être aveugle et ne traiter que les symptômes, elle doit se poser la question du sens de ses pratiques. C'est tout l'intérêt des réseaux et, surtout, de leur évaluation.

Etat bucco-dentaire réel et perçu des adultes bénéficiaires de la CMU

Dr Stéphanie TUBERT
Maitre de conférences. U.F.R d'Odontologie- Université Clermont1

Pour ce qui concerne les soins dentaires, prothèses et orthodontie, un décret fixe la liste des actes et des tarifs pris en charge dans le cadre du dispositif.

Face à l'absence d'évaluation accompagnant

cette mesure, l'UFR d'Odontologie de l'université de Clermont-Ferrand et l'URCAM Auvergne ont décidé de mettre en place un groupe de travail pour préciser la situation des bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Une étude épidémiologique descriptive a été menée auprès de la population cible constituée d'environ 900 adultes âgés de 35 à 44 ans, tranche d'âge de référence de l'OMS.

Les centres d'examen ont été répartis dans tout le département.

Les personnes, outre l'examen, se voyaient proposer de répondre à un questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques, sur l'auto-perception de l'état dentaire et sur les connaissances et habitudes en matière d'hygiène bucco-dentaire.

Le taux de participation est resté assez faible, de l'ordre de 18%, sachant qu'il est difficile de motiver en ce sens des populations en situation de précarité. Nous essayons de mener maintenant une enquête téléphonique auprès des non-répondants.

L'état dentaire observé sur ce groupe n'est pas très différent de celui rapporté par l'enquête ICS2 de 1993 sur la population générale de la même tranche d'âges en France. Mais il est entendu que les personnes observées sont sans doute celles qui avaient le meilleur état dentaire.

Il est intéressant d'observer cet état dentaire objectif plutôt satisfaisant et l'auto-perception de cette population. 80 % pensent avoir besoin de soins, et 63 % pensent que leur état dentaire est mauvais ou plutôt mauvais, contre 20 % seulement lors de l'enquête ICS2.

Ce décalage, selon un auteur néo-zélandais, apparaît surtout dans les systèmes de soins inégalitaires...

L'utilisation d'un questionnaire de qualité de vie orale, le GOHAI en l'occurrence, permet de se rapprocher davantage du concept de santé que des indicateurs comme le nombre de dents cariées. Cela donne une appréciation plus large en termes d'évaluation de la santé.

Près de la moitié des gens disent avoir des difficultés à mâcher des aliments durs, 20 % limitent leurs contacts avec d'autres personnes en raison de l'état de leur bouche, 80 % ont ressenti des sensibilités au froid et au chaud, la moitié ont pris des médicaments pour soulager une douleur, tout ceci dans les trois derniers mois.

La douleur reste le principal motif de consultation ; 4 personnes sur 10 disent appréhender le fait d'aller chez le dentiste.

80% estiment que la CMU va leur faciliter l'accès aux soins, mais étrangement 45 % des personnes ayant consulté un dentiste en 2000 ont dû renoncer à procéder à des soins pour des raisons financières.

Le niveau de connaissance en matière d'hygiène bucco-dentaire est très faible.

Trop peu d'études épidémiologiques sont menées en France pour évaluer les mesures de santé publique. Des efforts seraient à faire en ce sens.

On peut enfin se demander si la CMU favorise effectivement l'accès aux soins, notamment parce que ce n'est qu'une mesure financière. D'autre part, améliorer l'accès aux soins ne signifie pas forcément améliorer la santé.

Dr Bernard ELGHOZI

Il est à souligner que c'est surtout l'appareillage qui pose des problèmes de coût.

Réseau de soins Réseau de santé

GILLES POUTOUT

Directeur adjoint. Union régionale des Caisses d'Assurance maladie d'Ile-de-France

Les réseaux sont un symptôme des mutations plus vastes des systèmes de Santé.

Les réseaux sont inscrits dans le Code de la Santé publique et dans le Code de la Sécurité sociale, de même que dans toutes les lois de financement de la Sécurité sociale.

En additionnant certaines déclarations, de Monsieur KOUCHNER ou d'autres, nous pouvons comprendre les enjeux des réseaux :

- ◆ Surmonter les cloisonnements ville-hôpital
- ◆ Faire tourner le système autour de la personne malade
- ◆ Faire en sorte que l'aspect financier suive les bonnes volontés.

Les réseaux émergent aujourd'hui d'abord parce que les patients ont changé dans leur culture et dans leur être. Ils deviendront de plus en plus revendicatifs.

Derrière cette notion de réseau il y a les notions de coordination et de système autour du patient : cela est irréversible.



C'est effectivement le sida qui a fait que s'enclenche ce processus, suivi de réseaux concernant par exemple la toxicomanie.

Les professionnels, sous la pression de la population des patients, ont eu ces initiatives, qui se sont vues aidées par les institutions à partir de 1991, sous forme de subventions très sporadiques.

En 1996 on institutionnalise les réseaux : pour la première fois les réseaux de soins sont reconnus et inscrits dans les textes de lois.

Deux ordonnances se renvoient la balle : l'une relative à l'hospitalisation publique et privée, l'autre relative à la maîtrise médicalisée et aux dépenses de santé. La première nous parle de réseaux de soins hospitaliers, mais les réseaux expérimentaux dont parle le Code de la Sécurité sociale ne sont pas les mêmes. Ces derniers permettent d'aller plus loin : 150 projets ont été étudiés au niveau national, cela représente plusieurs milliers de personnes investies, pour aujourd'hui 13 projets agréés, dont la moitié dans les 6 derniers mois.

Nous voyons bien que le départ a été un peu manqué.

Aujourd'hui nous pouvons tout de même dire que la dynamique régionale voulue par les ordonnances a fonctionné. Tous les promoteurs de réseaux qui arrivaient face aux diverses administrations et institutions, chacune avec sa logique, ne savaient parfois eux-mêmes de quoi ils parlaient quand ils parlaient de réseaux ! La région Ile-de-France a été la première à mettre en place un Comité régional des réseaux, Comité où tout le monde siège. Tous les réseaux y sont analysés avec la même grille de lecture.

Autre point important depuis 1996, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville, créé en 1999, appliqué en 2000. Ce fonds permet de financer toute action innovante des professionnels de santé libéraux, à condition que ce ne soient pas des dérogations tarifaires. 700 millions de francs : ce n'est qu'un millième des dépenses de santé en France, mais c'est tout de même une avancée.

En ce qui concerne l'avenir, la loi de financement de la Sécurité sociale 2001 prévoit de régionaliser la procédure. Ce sont des acteurs régionaux qui agréeront des réseaux régionaux. Nous pouvons penser qu'en pratique, cela fonctionnera, mais nous n'avons pas encore le décret d'application...

Madame GUIGOU a promis qu'il paraîtrait avant la fin de l'année.

Schématiquement, une émanation de la société civile va émettre un avis sur ces réseaux.

Enfin, il y aura une enveloppe unique pour les réseaux en régions. On peut donc imaginer un agrément et un financement régional.

Pour conclure, que faut-il pour réussir un réseau ?

Le cœur du réseau est le patient.

- ◆ Il faut ensuite de l'estomac : la volonté des professionnels ; un réseau ne se décrète pas.
- ◆ Il faut des jambes : des protocoles de prise en charge, des systèmes d'évaluation.
- ◆ Il faut un système nerveux, un système d'information efficace.
- ◆ Il faut une tête, c'est-à-dire une coordination médicale et administrative.

Le réseau social dentaire du Val-de-Marne

Dr Sophie EMMANUELLI

Mission bucco-dentaire-Conseil général du Val-de-Marne

Ce projet a été pensé dans une démarche de modélisation.

La mission bucco-dentaire a été confirmée dans sa mission de Santé publique en 1999, notamment en ce qui concerne le champ de l'action sociale. Mais dès 1996 elle avait été associée à la réflexion concernant le volet Santé du plan départemental d'insertion.

En 2000, la mise en place de la CMU, avec ses limites concernant le dentaire, a sérieusement désorganisé le système d'aide aux plus démunis qui était en place dans le Val-de-Marne. Nous avons alors assisté à une rupture de confiance de l'ensemble des praticiens, ce que le Conseil général avait présagé dès décembre 1999, s'inquiétant des conséquences sur l'offre de soins dans le département. Les structures de soins dentaires, telles que celles de l'AP-HP et des Centres de santé, sont peu à même de répondre seules aux besoins des personnes en situation précaire. L'offre de soins dentaires est en effet à 90 % libérale.

Le Conseil général a alors réfléchi à la mise en place d'un réseau social dentaire. Une étude subventionnée dans le cadre du PRAPS, validée fin 2000 par les différents partenaires a été menée sur les conditions de réalisation et de la mise en application de ce réseau.

Parallèlement s'est créée une association de chirurgiens dentistes libéraux, regroupant les praticiens désireux de s'associer à la création du réseau social dentaire.

Une autre étude a été menée dans le cadre d'une collaboration entre l'AP-HP et le Conseil général du Val-de-Marne dans le but de favoriser l'odontologie polyvalente dans les services d'odonto-stomatologie.

L'objectif de ce réseau est tout d'abord une prise en charge globale de la santé bucco-dentaire d'une population qui a renoncé à se soigner. Il s'agit aussi d'engager des partenariats entre des structures de santé et de l'action sociale. Il s'agit encore d'améliorer l'état de santé bucco-dentaire

de ces personnes précaires par une prise en charge socio-médicale adaptée. L'objectif est aussi d'évaluer la demande et les besoins de cette population, et la capacité d'y répondre en matière de soins et de protection sociale. C'est enfin un moyen de répondre à la maladie dont le caractère social a été maintes fois déterminé.

Ce projet s'inscrit dans un réseau de soins.



Ce réseau a pour vocation d'intervenir sur l'ensemble du Val-de-Marne : sa mise en place se fera progressivement selon un découpage en six zones géographiques.

Schématiquement, le réseau fonctionne en trois étapes :

- ◆ Entrée de l'utilisateur, qui se fait obligatoirement par une structure de base à caractère social. Une fiche de liaison y est établie, ainsi qu'un bilan social.
- ◆ Permanence de réseau et structure sanitaire: un entretien aboutit à un diagnostic et à des recommandations thérapeutiques. Un dossier médico-social est ouvert en structure sanitaire et des soins sont réalisés en vue d'une réhabilitation orale complète.
- ◆ Suivi social et épidémiologique de l'utilisateur, et évaluation de l'ensemble des étapes.

La mise en place de ce réseau se heurte encore aujourd'hui à des difficultés qui concernent notamment les centres de santé et les libéraux.

Analyse d'un indicateur médico-économique d'activité des services d'odontologie hospitalo-universitaires

Dr Frédéric RILLIARD.

U.F.R d'Odontologie-Université Paris VII

En 1983, pour essayer de contrecarrer l'inflation croissante des dépenses de santé liées à l'hôpital public le législateur a adopté le financement des établissements publics de santé par dotations budgétaires globales. Ce dispositif s'est avéré efficace, mais a entraîné un certain immobilisme en matière d'évolution de l'activité médicale.

La loi de 1991 portant réforme hospitalière a ainsi prévu de rendre obligatoire la disposition de systèmes d'information qui permettent d'évaluer et de connaître les activités de soins et les coûts qui leur sont rapportés. La finalité est bien sûr l'optimisation de l'offre de soins.

Au niveau de l'hôpital, l'outil retenu est le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI). L'hôpital va produire des points ISA (Indice Statistique d'Activité). C'est la répartition du budget annuel de l'hôpital, divisée par le

nombre de points ISA produits au terme d'une année, qui constitue l'indicateur médico-économique d'activité de l'hôpital.

Mais cet outil ne concerne pas l'odontologie. Celle-ci est valorisée en fonction des actes produits. C'est le rapport du budget du service d'odontologie sur le nombre d'équivalences des produits qui va permettre de calculer par service une valorisation unitaire en francs.

L'utilisation de cet outil pose quelques questions.

Dans quelle mesure cette valorisation unitaire en francs d'un équivalent-consultation moyen permet de mesurer l'efficacité des dotations budgétaires des services ?

N'est-il pas possible d'envisager un indicateur qui prenne en compte la spécificité de la prise en charge du bucco-dentaire dans le système hospitalier ?

Dans le cadre d'un DEA des systèmes de soins hospitaliers, nous avons orienté nos travaux en considérant que ce type d'outil ne paraissait mathématiquement pertinent que dans le cas de distribution normale, gaussienne ou log-normale.

Nous avons analysé ces critères statistiques de dispersion en utilisant des fonctions groupage par patient, en fonction des procédures thérapeutiques et selon une chronologie thérapeutique.

Nos résultats correspondent à 2183 patients à qui ont été délivrés 7786 actes au cours de 12499 séances de soins et ont donné lieu à la production de 18889 équivalents C.

On constate que l'expression de l'activité du service d'odontologie, en utilisant ce type de groupage qui distingue les disciplines, est difficile et dépend du choix de l'unité d'œuvre, c'est-à-dire des actes, des séances ou des équivalents C. D'autre part, l'analyse de la dispersion de l'équivalent C nous montre que nous pouvons rejeter l'hypothèse de normalité de la distribution de nos équivalents C, ce qui complique largement l'utilisation de cet indicateur pour permettre d'optimiser l'offre de soins d'un service.

En guise de conclusion, nous allons nous mettre à la place d'un hôpital qui hébergerait deux ser-

vices d'odontologie et qui devrait donc doter ces deux services budgétairement.

L'outil qu'il utilise actuellement est l'Eq C, ou plus exactement sa valorisation unitaire en francs qui correspond donc à une valeur moyenne. Dans ce contexte il est évident que si le coût unitaire en francs de l'Eq C est plus élevé pour un service que pour l'autre, bien entendu celui qui a l'indicateur le plus faible se verra doté d'une meilleure part du budget. Mais le chef de service le moins déficient dans l'utilisation des ressources qui lui sont allouées aura mathématiquement

des difficultés à interpréter les résultats obtenus. De là, découlent deux conclusions.

Il y a inadéquation de l'utilisation de la valorisation unitaire en francs de l'Eq C comme indicateur médico-économique d'activité.

La distinction de la prise en charge du patient selon des phases thérapeutiques qui répondent à une logique clinique permet a priori de construire un outil d'indicateur médico-économique d'activité d'utilisation mathématiquement acceptable.

Débat

Dr Bernard ELGHOZI : *Il est bon de rappeler qu'il existe des règles, comme le PMSI. Il existe avant tout dans les institutions des logiques économiques.*

On peut d'ailleurs ici se demander comment nous allons codifier les interventions des non-soignants dans les réseaux.

Pr Martine HENNEQUIN : *Les phases thérapeutiques vont forcément varier considérablement en fonction du patient. Une autre variante serait donc à introduire dans ce que nous présentait le docteur RILLIARD.*

Dr Frédéric RILLIARD : *Oui, mais avant d'envisager des études de corrélations avec des facteurs particuliers, il fallait évaluer la pertinence mathématique de ce type de système.*

Dr Stéphane PEREZ, *promoteur d'un réseau de chirurgiens dentistes libéraux en région parisienne :* *Nous avons développé, au niveau de nos cabinets, la possibilité de réduire notre activité à quelque chose qui est complètement disjoint de la NGAP que Monsieur RILLIARD a pris dès le départ comme hypothèse : il s'agit de la notion de coût du plateau tech-*

nique ; ensuite la variabilité qui nous paraît la plus importante est le temps de mobilisation de ce plateau technique. Qu'en pensez-vous, Monsieur RILLIARD ?

Dr Frédéric RILLIARD : *Vous soulevez un des gros problèmes en matière d'économie de la Santé.*

Nous manquons cruellement d'études des coûts médicaux réels adaptés aux différentes structures de soins.

Nous avons également analysé le poids des phases thérapeutiques en utilisant l'indice des coûts relatifs publié dans le catalogue des actes médicaux. Les résultats sont à peu près comparables.

Mais vous avez raison : les coûts de logistique et de structure sont bien entendu à intégrer.

Dr Alain LE BOURHIS : *La création de ces réseaux pour les plus démunis n'est-elle pas le constat d'un échec de la politique sociale au niveau des dispensaires, qui sont submergés et ne veulent pas devenir des "praticiens de ghettos" ? Les dispensaires ne*

devraient-ils pas être plus sélectifs vis-à-vis de leurs patients ?

Les libéraux ont hautement conscience de la difficulté d'accès aux soins pour les plus démunis. Il serait bon que nous participions en tant que vacataires dans les dispensaires.

Politiques de prévention :

Démarches individuelle et collective

Marc ZAMICHIEI

Responsable santé. Fédération des Mutuelles de France

Il a été dit que la réforme dentaire nécessite de passer d'une approche en termes de soins à une approche en termes de santé, donc de privilégier la prévention, dont les effets sont incontables et incontestés.

A partir du titre de cet atelier je soulèverai simplement quelques questions qui posent toutes des problèmes de sens, de valeurs et de moyens, donc des problèmes de stratégie.

Quels types de public visons-nous ?

L'accès à la prévention et aux soins précoces doit-il être recherché à travers une action indifférenciée en direction de l'ensemble de la population ? Doit-il s'inscrire dans le triptyque "prévention-soins conservateurs-jeunes" ? Doit-il tenir compte du fait que les maladies bucco-dentaires ont un caractère social prononcé ? Si l'état général progresse, les inégalités perdurent et parfois s'accroissent ; un meilleur ciblage des populations pourrait donc être bénéfique.

Quel type de politique veut-on conduire ?

Quelle place pour la prévention dite "primaire" ? Quelle place pour le dépistage et l'accès aux soins précoces ? Quelle place pour l'éducation à la santé et donc aux modifications des comportements ? Quelle cohérence dans les programmes entre ces différents aspects ? Se pose donc aussi la ques-

tion de la participation des personnes, tant dans les programmes eux-mêmes que dans leur élaboration.

Le titre de l'atelier, avec "démarches individuelle et collective", nous suggère également de réfléchir à l'articulation entre les politiques conventionnelles et les programmes de Santé publique. Quelle cohérence installer entre ces deux pôles ? Quelques avancées ont vu le jour au sein de l'Assurance maladie, comme l'inscription à la nomenclature des scellements de sillons, ou le programme BBD. D'autre part existent les actions collectives et territorialisées de Santé publique, avec des programmes départementaux importants.

Le problème des articulations illustre donc bien la thématique de notre atelier.

Implication des résultats

Enquête épidémiologique 2000-2001 du Val-de-Marne sur le Programme départemental



Dr Ariane EID
*Mission bucco-dentaire
Conseil général
du Val-de-Marne*

La mission bucco-dentaire du Val-de-Marne, créée en 1990, est aujourd'hui un service de la Direction des Interventions de Santé, faisant donc partie de la Direction de la Prévention et de l'Action sociale.

Depuis 10 ans le programme départemental de prévention s'adresse aux enfants de 0 à 12 ans. Il est réalisé avec de nombreux partenaires tels que la CPAM, l'Education nationale et les professionnels de santé.



L'objectif est l'amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants, notamment dans les groupes à risques, c'est-à-dire surtout les enfants issus de milieux défavorisés.

Il est basé essentiellement sur des actions de prévention primaire, mais un volet "prévention secondaire" est également en place, via le dépistage grâce à deux véhicules de la CPAM. Un titre dentaire remis aux enfants leur permet d'avoir accès gratuitement aux soins chez le praticien de leur choix.

Ces dépistages ont lieu en grande section maternelle et en CM2.

L'enquête réalisée cette année s'inscrivait dans une série de trois enquêtes envisagées dans le cadre de l'évaluation de ce programme.

La première a eu lieu en 1991, la deuxième en 1995-1996, et la troisième en 2000-2001.

L'objectif est de connaître l'évolution de la santé bucco-dentaire des enfants dans le temps et d'identifier des groupes à risques.

Il s'agit d'une enquête transversale et non pas d'un suivi de cohorte.

Un échantillon représentatif du département a été tiré au sort.

Les enfants de 6 et 11 ans ont été examinés.

Chez les enfants de 6 ans

On constate une augmentation du pourcentage d'enfants de 6 ans indemnes de caries sur les dents temporaires. L'amélioration est significative : 61% en 1991, 78 % en 2000.

Une amélioration est également visible en ce qui concerne la présence de dents cariées en bouche.

Les enfants nés en France sont moins touchés par la carie que ceux nés à l'étranger.

Les groupes à risque sont pratiquement les mêmes qu'en 1991. Des améliorations sensibles ont été cependant constatées dans ces groupes à risque.

Pour le recours aux soins dentaires, deux observations sont à retenir.

L'amélioration de la santé bucco-dentaire a entraîné une diminution des besoins en soins, mais on remarque qu'encore 73 % des enfants atteints par la carie ne bénéficient pas de soins.

La problématique du recours aux soins chez les enfants de 6 ans existe donc toujours, même si la prévention primaire apparaît efficace.

Les enfants de 11 ans

Pour les enfants de 11 ans, on constate une amélioration avec le pourcentage d'enfants indemnes de caries en augmentation entre 1991 et 2001. Nous observons aujourd'hui 52,5% d'enfants indemnes de caries sur dents permanentes.

Le nombre moyen de dents définitives cariées et/ou obturées en bouche montre également une amélioration de la santé bucco-dentaire.

Près de 50 % des enfants atteints de caries sont encore sans soins.

Face à cette carence de recours aux soins, il semble important de poursuivre l'effort de prévention secondaire mené depuis plusieurs années.

D'autre part il semble important de consolider l'efficacité de la prévention primaire, soit en introduisant de nouvelles actions, soit en renforçant les actions déjà en place.

L'examen de l'atteinte sur les dents permanentes à 11 ans nous montre que 78 % des dents cariées sont des premières molaires définitives. Plus de 80 % des caries des premières molaires se trouvent sur les faces à sillons. L'une des

orientations du programme pourrait donc être l'incitation à l'utilisation de la technique du scellement de sillons.

D'autre part un travail en péri-natalité serait également souhaitable, de même que des actions en direction des élèves de collèges.

Les nouveaux enjeux des actions programmées de santé bucco-dentaire

Expérience du programme départemental de prévention bucco-dentaire de Seine-saint-Denis

Dr Jean-Paul ESPIE

Responsable du service de prévention bucco-dentaire-Conseil général de Seine-saint-Denis

Le programme de la Seine-saint-Denis a débuté en 1984 et a connu 3 étapes.

De 1984 à 1992 nous avons obtenu une diminution de 41 % de la carie à 11 ans.

1992 à 1994 a été une période de réflexion, très riche, sur les suites à donner : Maintien d'un programme ? et si oui évolution du programme initial ?

1994 à 2000 un nouveau programme, en cours d'évaluation.

Cette expérience nous amène, conjointement avec l'Université Paris V à laquelle nous sommes liés par une convention, à développer une réflexion.

En France de très nombreuses institutions, associations, collectivités territoriales ou organismes, mettent en place des programmes de prévention.

Ces programmes consistent le plus souvent en de la prévention primaire ou en de la prévention secondaire ; rarement les deux.

La prévention primaire est une éducation sanitaire, fondée sur une transmission de connaissances à un public ciblé auprès duquel on a choisi d'intervenir. Quelle est l'éthique de ce fonctionnement ? D'autant plus qu'apparaît la notion d'enfant médiateur auprès des familles, familles par ailleurs peu informées de ce qui est fait. Se place-t-on au dessus des parents ou fait-on de la co-éducation ?

La prévention secondaire est un dépistage censé conduire au recours aux soins. Mais l'absence de facilitation en aval de l'accès aux soins, le manque d'évaluation du suivi, et parfois le refus d'accueil de certains publics : enfants de PMI, IME dans les cabinets voire des contraintes budgétaires hospitalières empêchant de répondre à un afflux supplémentaire de jeunes patients rendent caduque cet objectif.



Cela aboutit à compter les caries, établir un CAO. Quel intérêt ? D'autant que ce CAO n'est à aucun moment un indicateur de besoin de soins.

La prévention s'exerce dans deux lieux privilégiés : L'école et le cabinet dentaire.

- ◆ L'école : lieu d'excellence de toutes les actions de santé car elle permet de toucher toute la population, et ceci aisément, car celle-ci est captive. Cependant les enseignants sont saturés par la multiplication des sollicitations. D'autre part il conviendrait de se poser la question de la place de l'enfant dans l'école : lieu d'apprentissage des savoirs et de la citoyenneté mais également lieu de vie.
- ◆ Les cabinets dentaires : lieux importants de la prévention, mais qui ne la réalisent qu'auprès de la partie de la population qui consulte. Leur vocation ne serait-elle pas de s'occuper de l'ensemble de la population ? Quel lien établit-t-on entre lieux de soins et population ?

Des partenaires sont sollicités pour la réalisation des programmes. Mais le partenariat s'établit souvent sous la forme du volontariat ou de la participation passive.

Partant de ces considérations nous formulons un certain nombre de propositions :

- ◆ Une prévention primaire fondée sur une éducation à la santé. Ceci implique une démarche par projet construite avec la population et les partenaires dans laquelle la place de l'enfant est respectée et la famille est impliquée. Ceci favorisera, par ailleurs, une nécessaire recherche de convergences avec les acteurs des autres thématiques de santé dans un souci de préserver l'acceptation des enseignants mais surtout d'avoir une approche cohérente de l'enfant.
 - ◆ Une éducation thérapeutique, en plein développement, qui place le patient en situation d'acteur exerçant un choix.
- ◆ Une prévention pour tous, de masse, prolongée par des actions plus spécifiques en direction des publics qu'elle n'aurait pas touchés efficacement.
- ◆ Un pilotage territorial, mais exercé avec la participation de tous les partenaires qui prennent chacun en main leur zone de compétence, car nulle institution, nul organisme ne peut à lui seul agir sur tous les leviers : par exemple le département dans son programme n'a ni légitimité, ni pouvoir d'intervention sur l'accès aux soins.
 - ◆ La définition de méthodologies et la construction d'outils qui manquent fortement, ainsi que la prise en compte des besoins en formation en Santé publique, l'Université a une place incontournable comme organisme public.
 - ◆ La mutualisation du travail effectué par chacun.

Marc ZAMICHIEI

Nous voyons que s'investir dans la prévention permet d'acquérir des certitudes, mais surtout de susciter des interrogations stratégiques nombreuses.!

La carie de la petite enfance

Mise en place d'un moyen de prévention et d'un système permettant d'en vérifier les résultats

Pr Stéphane SCHWARTZ

Chef de la section pédiatrique-faculté dentaire-Université Mc GILL-Montréal

Beaucoup de très belles choses sont faites en prévention, et retombent dans l'oubli très rapidement ! Il est nécessaire de bien préparer les choses, d'avoir un suivi et des résultats diffusables.

C'est lors de la petite enfance que tout commence, et la difficulté est d'atteindre ces enfants, notamment puisqu'ils ne vivent qu'en milieu familial, ils ne vont pas à l'école. D'autre part l'enseignement vertical que cela suppose, du professionnel à la famille, est beaucoup moins valable qu'un enseignement horizontal. Enfin, les budgets rétrécissent sensiblement.

Nous avons donc opté pour la création d'une vidéo, actuellement traduite en plusieurs langues, à diffuser dans tous les centres communautaires.

Au mois de juin nous avons pu commencer à voir si le message était reçu, si le message était retenu, et si les changements de comportement étaient effectifs (cette vidéo a été présentée à la suite de cette intervention).

Evaluations nationale et régionale du bilan bucco-dentaire (BBD)

Dr Evelyne BAILLON-JAVON

Chirurgien dentiste conseil - Chef de service. C.P.A.M du Val-d'Oise

Le bilan bucco-dentaire, pour être imparfait et donc améliorable, n'en est pas moins le seul dispositif national de prévention bucco-dentaire.



Il a été mis en place en 1997, lors de la convention nationale des chirurgiens dentistes, en direction des jeunes âgés de 15 ans à 18 ans.

Il s'agit en fait d'une véritable démarche pédagogique de motivation des adolescents, qui bénéficient d'un examen annuel de prévention : le bilan bucco-dentaire (BBD), et si nécessaire, de soins consécutifs pris en charge à 100 %.

Trois domaines
sont concernés par l'évaluation

- ◆ Le domaine médical, avec l'analyse des besoins relevés.
- ◆ Le domaine économique et statistique.
- ◆ Le domaine sociologique, à partir de la comparaison de deux cohortes.

L'évaluation médicale est prévue dès la conception du document de prise en charge : celui-ci contient effectivement des informations sur l'antériorité du patient et bien entendu sur ses besoins.

De la base de données obtenue, nous avons extrait de façon aléatoire un échantillon de 40 %. Cet échantillon concernait des jeunes ayant eu 15 ans au cours du premier semestre 1999. Les services administratifs ont transmis ensuite aux services dentaires des 3 régimes d'Assurance maladie les feuilles de soins correspondant à cette cohorte pour saisie des soins consécutifs réalisés.

Les résultats

18270 adolescents ont bénéficié de 36562 actes consécutifs (France entière).

Ces chiffres sont de 3223 et 4318 pour l'Île-de-France.

Peu d'exams de prévention ont été accompagnés de radiographies, puisque les 2/3 ont été effectués uniquement de manière clinique.

Plus de 60 % des jeunes n'avaient pas consulté de chirurgien dentiste durant l'année précédant l'examen de prévention.

Un peu moins de la moitié des jeunes n'avait aucune dent cariée. Par contre, environ 38 % d'entre eux avaient de 1 à 4 dents cariées, et 14% avaient plus de 5 dents cariées. 17 % avaient de 1 à 4 dents absentes. 52 % des jeunes n'avaient aucune dent obturée, 36 % 1 à 4 dents et 12 % plus de 5.



En ce qui concerne l'indice C, il se situe à 1,94 pour la France entière et 1,78 pour l'Île-de-France.

Indice O : France : 1,68 ; Île-de-France : 1,17.

L'indice CAO global se situe donc pour la France à 4,09 et 3,33 pour l'Île-de-France.

Nous observons respectivement 9 % et 6 % de jeunes ayant un CAO supérieur à 10, et environ 25 à 30 % qui ont un indice CAO supérieur à 5.

Les adolescents n'ayant pas consulté au cours de l'année écoulée ont un indice C (2.3) plus élevé d'une dent que les autres (1.3).

La fréquence des soins consécutifs pour les jeunes ayant au moins une dent cariée est de 63 % pour la France et 65 % pour l'Île-de-France.

Le nombre moyen de dents traitées est de 3 pour la France et 2,76 pour l'Île-de-France.

A 91 % les soins consistent en des obturations coronaires, dont une grande majorité d'obturations simples, une ou deux faces.

Le BBD a-t-il touché les adolescents qu'il visait ? On constate que ce BBD a touché une majorité d'adolescents qui ne profitait que d'un suivi insuffisant jusqu'alors ; nous avons donc fait œuvre utile. Nous pouvons dire qu'il s'agit bien d'une réponse à un besoin de Santé publique. L'œuvre de prévention a également été présente, puisque les professionnels ont évidemment à chaque fois délivré des conseils d'hygiène bucco-dentaire.

Les perspectives sont de cerner les renoncements aux soins et d'augmenter le taux de participation, notamment vers certains groupes de populations fragilisées.

Débat

Dr Stéphanie TUBERT

Impressionnée par ce qui se passe en Val-de-Marne en ce qui concerne la prévention, je voudrais apporter une remarque sur l'évaluation de l'efficacité de la prévention primaire.

La prévalence de la carie est en baisse dans les pays industrialisés de par la disponibilité de produits fluorés. On peut donc se demander si cette baisse est effectivement due à la prévention.

Cette évaluation reste très difficile.

Dr Ariane EID

Nous avons travaillé sur le département.

L'amélioration est due bien entendu à l'ensemble des actions de prévention primaire réalisées, soit au plan national, soit au plan international. Les populations sont largement mieux informées. Un programme de prévention départemental ne fait que contribuer à cette amélioration.



Pr Maryse WOLIKOW

Sans qu'il y ait d'étude en France, nous constatons tout de même qu'il y a une aggravation de la carie du tout petit. Ces enfants arrivent en dernier recours dans les centres hospitaliers universitaires, parce qu'il y a un réel problème de prise en charge de ces enfants. L'effort de motivation vis-à-vis des parents et des personnels soignants est important en ce sens. Ne pourrions-nous pas travailler très en amont, dans les lieux de consultation où les mamans sont vues très tôt, lors des visites périnatales ?

Dr Jean-Paul ESPIE

Le problème est que le dépistage reste souvent un "coup d'épée dans l'eau" ! Il faut que tout le monde s'investisse et dans la prévention, et dans le dépistage, et dans le suivi.

La prévention primaire doit largement associer les professionnels de santé, l'éducation à la santé doit s'appuyer sur une véritable mobilisation des acteurs.

Dr P. PFAU

Je pratique depuis longtemps les scellements de sillons dans mon cabinet, et je prenais des risques vis-à-vis de la Sécurité sociale, puisque je les facturais comme des obturations normales pour qu'ils soient accessibles. Je me félicite donc de leur passage à la nomenclature.

Pourquoi accepte-t-on deux amalgames sur 5 ou 6 ans, alors que le scellement de sillon devrait lui tenir à vie ?

Je suis d'autre part consterné par le rapport YAHIEL : les scellements de sillons, si ils sont employés à une grande échelle, et quels enfants ne sont pas à risque carieux, sont a priori considérés comme des actes abusifs. Il n'y a pas de climat de confiance vis à vis des professionnels.

Dr Ariane EID

C'est le praticien qui juge si le scellement de sillon doit être fait ou non ! Je ne vois pas pourquoi il y aurait une utilisation excessive.



Un intervenant

Mais si la pratique s'étend, nous allons être systématiquement taxés d'acte abusif.

Dr Jean-Paul ESPIE

Il faut travailler ensemble sur les critères de risque. Nous, praticiens, devons prouver ce que nous disons, pour entrer en partenariat efficace avec les pouvoirs publics, les CPAM, les financeurs...



Dr Evelyne BAILLON-JAVON

Nous n'avons pas de statistiques officielles sur ce nouvel acte à la nomenclature, mais une première approche nous montre qu'il n'y a pas d'explosion dans la pratique de cet acte.

Dr Paul KARSENTI, *Chirurgien dentiste conseil dans les Yvelines*
Je ne crois pas qu'il y ait lieu de faire un procès à l'Assurance maladie, ni au rapport YAHIEL d'ailleurs !



Le choix a été fait que la collectivité mette de l'argent dans la prévention, pour apporter un gain de Santé important, tout simplement.

En ce qui concerne les scellements de sillons, dans les Yvelines une campagne de formation a eu lieu, un consensus large existe pour dire que tous les enfants et toutes les dents ne nécessitent pas de scellements de sillons.

Le souci de pertinence de cette pratique est légitime. L'Assurance maladie désire bien entendu que l'utilisation du scellement de sillon soit simplement bonne.



Dr Frédéric COURSON

Nous avons des résultats venant de pays étrangers concernant la pratique du scellement de sillon. On constate que cette pratique ne concerne que 25 % des molaires, tout simplement parce que cela dépend de la prévalence carieuse



dans ces pays, la Suisse ou la Suède par exemple. Si la prévention est efficace, le scellement de sillon ne trouve plus réellement d'application.

Conclusion

Pr Bernard PELLAT

Manifestement la prévention fonctionne, mais nous savons que cela demande des procédures qui doivent être réactivées en permanence.

D'autre part la prévention est l'affaire de tous. Nous pourrions d'ailleurs innover en élargissant le champ des intervenants dans ce domaine.

La santé publique à l'université :

De la formation initiale à la pratique

Pr Jean POUÉZAT

Président du collège des enseignants Odontologistes de Santé publique

Force est de constater que le concept de Santé publique bucco-dentaire fait progressivement son chemin.

Les études de la carie, importantes et capitales, se limitent au processus à la surface de la dent. Elles demeurent insuffisantes pour comprendre le développement et les variations de la carie dans les populations.

Les derniers chiffres dont nous avons connaissance montrent que les caries dentaires semblent rapidement décliner.

Quelle est donc la part des soins dentaires dans ce déclin ?

Pour certains les causes de ce déclin sont à mettre en relation avec l'hygiène, l'utilisation de fluorures, l'alimentation, l'éducation, l'élévation du niveau de vie, la stabilité sociale et politique, une période de croissance.

L'état de santé d'une population dépend peu de son système de soins, mais de critères éthologiques, sociaux et culturels.

La réduction des inégalités sociales doit contribuer à l'amélioration de la santé.

C'est pourquoi les défis futurs pour la santé dentaire ont quitté le domaine clinique pour le domaine social. Une compréhension convenable du contexte social et économique est donc nécessaire à une meilleure prise en charge sanitaire de la population.



Dans ces conditions : quelles formations pour quels odontologistes ?

La formation repose aujourd'hui sur des connaissances essentiellement scientifiques et techniques, réservées au seul bénéfice de l'action curative. Elles prennent le pas sur ce qui concerne les relations patient-praticien et sur les questions de Santé publique dentaire.

L'ambition de notre discipline est de jeter un pont entre les concepts biologiques et les concepts épidémiologiques de la carie.

Le passage d'une culture de soins à une culture de Santé publique est difficile. Un odontologiste clinicien de Santé publique, menant des études épidémiologiques, coordonnant des actions sociales et privilégiant les entretiens dans le cadre de la relation patient-praticien pourrait faciliter ce passage.

L'enseignement de la Santé publique bucco-dentaire s'est développé aux alentours de l'année 1984. Petit à petit cet enseignement a pris sa place au sein des facultés d'Odontologie, pour y occuper une place à part entière aujourd'hui.

La Santé publique bucco-dentaire est inscrite dans un ensemble disciplinaire correspondant à l'encadrement fondamental des 2ème et 3ème années du 2ème cycle. L'objectif de cet enseignement général est "de sensibiliser le futur praticien aux politiques de soins".

L'ambition des enseignants en Santé publique bucco-dentaire est de participer à la formation d'un odontologiste qui, initié aux causes et aux conséquences de la carie, considérera le patient dans sa globalité, un odontologiste citoyen jouant un rôle dans l'établissement d'une politique de santé.

Les interventions du chirurgien dentiste conseil évoluent

Du contrôle de la réglementation aux actions de Santé publique

Dr Jean-Yves ORGEBIN

Chirurgien dentiste conseil - Chef de service - Caisse nationale d'Assurance maladie

Le titre de cette intervention pourrait laisser entendre que l'action du chirurgien dentiste conseil est tantôt du domaine du contrôle, tantôt de celui de la Santé publique. Il serait ainsi à la merci d'une direction et de modes qui passent.

Mais il n'y a plus d'équivoque depuis le mois de juin dernier : les interventions du chirurgien dentiste conseil se tournent délibérément vers les actions de Santé publique.

- 1 Un praticien conseil doit contribuer à la connaissance de l'offre de soins.
- 2 Ses missions contribuent à évaluer l'activité des professionnels et des établissements de soins.
- 3 Il doit réaliser des interventions contribuant à la correction et à l'ajustement des pratiques médicales, à l'organisation et à la planification des soins.
- 4 Il doit donner des avis individuels sur les demandes de prestations des bénéficiaires.



En ce qui concerne le premier point, la connaissance de l'existant en matière de soins est primordiale pour le pilotage des dépenses de santé, pour notre tutelle.

L'évaluation des activités des professionnels de santé répond à deux questions : fait-on ce que l'on doit faire ? Le fait-on bien ? L'évaluation des pratiques est individuelle et collective, des mesures de correction graduées devant être mises en places, de la persuasion à la sanction. Malheureusement les recommandations de pratiques cliniques ne sont pas assez développées, en particulier par l'ANAES. C'est une coopération avec les professionnels et l'Assurance maladie qui devrait travailler en ce sens. De même la régulation des pratiques ne sera possible que si la profession et l'Assurance maladie décident conjointement de mettre en place l'évaluation.

Les interventions pour correction doivent se baser sur des informations partagées. Il s'agit aussi d'intervenir sur l'organisation des systèmes de soins, sur les évolutions des dispositions réglementaires ou conventionnelles. D'autre part, un avis est donné ici sur les projets expérimentaux des réseaux de soins et les programmes de développement de la Santé publique.

Enfin, en ce qui concerne les avis individuels, la recherche de l'efficacité ne doit pas passer par le contrôle de l'application d'une réglementation qui ne correspond manifestement plus aux données actuelles de la science.

La loi de simplification des relations entre les citoyens et l'administration, mise en place au mois de juin, rend obsolète en partie ce que nous venons d'exposer. Le silence gardé vaut acceptation au bout de 15 jours, donc le contrôle a priori des ententes préalables n'aura plus de raison d'être dans la plupart des cas.

Mais il est clair que la loi du 12 avril n'est pas une incitation à faire en sorte que les professionnels facturent en toute connaissance de cause des actes qui ne sont pas remboursables.

Le transfert de responsabilité en matière de régularité auquel nous assistons, du service médical vers les prescripteurs, du chirurgien dentiste conseil vers le chirurgien dentiste traitant, pose ponctuellement problème.

Un dernier rôle est dévolu au chirurgien dentiste conseil : la formation et le conseil, ceci en interne mais aussi vis-à-vis des bénéficiaires, des professionnels de santé, des pouvoirs publics et des services déconcentrés de l'Etat. Cette fonction porte sur la législation médico-sociale, la prévention, l'action sanitaire et sociale, les programmes de Santé publique, ainsi que la validation des progrès technologiques.

De ce point de vue, de nombreuses interventions en Université ont déjà lieu.

Pratique dentaire, terrain, politique de la Ville

Dr Claude LAGUILLAUME
Directeur de la Santé - Ville de Gentilly

Le terme "Santé publique" peut recouvrir des choses bien différentes : l'épidémiologie, l'éducation à la santé — pour laquelle il faut saluer l'effort de certaines villes, le travail avec les enfants notamment paraissant capital pour dédramatiser les actes dentaires.

"Santé publique" recouvre également ce qui concerne la promotion de la santé, voire la santé communautaire. La promotion de la santé se base sur la définition "santé, bien-être" de la Charte d'Ottawa de l'OMS. L'ensemble des éléments de Santé vont de la culture, du style de vie, du travail, du comportement personnel à l'ensemble de l'environnement créé par l'homme. Le dentiste a en ce sens un certain nombre d'ouvertures à développer. Tout ce qui ressort des discussions ou de diverses "boîtes à idées" serait-il l'avenir du dentiste ?

La politique de la ville a mis en place un certain nombre de dispositifs parmi lesquels les ateliers Santé-Ville, dont la finalité est la rencontre des différents intervenants de santé, pas seulement en soins. Les dentistes se doivent de faire partie de ces dispositifs.

La société française de Santé publique a défini en 1996 dix objectifs majeurs, dont quatre peuvent impliquer directement les dentistes : l'accessibilité aux soins, la lutte contre l'alcoolisme, la lutte contre le tabagisme, la lutte contre le sida et les toxicomanies. Les informations que les uns et les autres collectent sur ces thèmes doivent être partagées, via des fiches de liaison par exemple, fiches qui pourraient être étendues vers une sorte de diagnostic social des personnes rencontrées.

La Santé publique s'appuie sur des travaux de terrain et sur un croisement de l'ensemble des données et des regards des divers professionnels dans un lieu comme la Ville.

Université – ONG : quel partenariat ?

Dr Bernard DECROIX

Directeur de l'Aide Odontologique Internationale

La formation est un thème récurrent dans la vie des ONG, pour les personnels des pays en développement ou pour la formation des collaborateurs dont elles sollicitent le concours. Cette situation justifie que les ONG souhaitent des partenariats avec les structures universitaires, celles-ci disposant des divers outils, humains et matériels, nécessaires.

L'ONG apporte dans ce partenariat une connaissance des problématiques propres aux pays en développement, ou aux populations défavorisées ailleurs, comme ici en France. A travers de tels terrains de stage, nous apportons de plus une dynamisation de la réflexion.

Les ONG demandent des formations de responsables de programmes en Santé publique bucco-dentaire, et des formations continues pour les personnels des équipes bucco-dentaires, chirurgiens, assistants, infirmiers, prothésistes. Elles souhaitent également des formations de collaborateurs s'adressant à des praticiens ou des étudiants de 3^e cycle.

Ainsi un partenariat existe entre l'université de Clermont-Ferrand et l'AOI, au Burkina Faso.

Le Burkina Faso a un Plan national de santé bucco-dentaire. Une convention a été élaborée entre l'AOI et le ministère de la Santé. D'une analyse de la situation ont été définis trois axes d'appui : prévention, formation et réhabilitation technique. L'AOI a alors sollicité le concours de la faculté d'Odontologie de Clermont-Ferrand.

En concertation avec les praticiens du Burkina, une formation est organisée sur trois thèmes :

- ◆ L'hygiène et la prévention de la contamination au cabinet dentaire.
- ◆ Le diagnostic et le traitement des pathologies dentaires.
- ◆ La prothèse amovible partielle et totale.

Pour chaque thème un questionnaire est remis aux soignants pour connaître les pré requis, les motivations individuelles et les pratiques cliniques courantes. Les méthodes sont ensuite ciblées.



Une pratique clinique de référence peut être développée à un faible coût, dans l'environnement du cabinet dentaire, sans compromis et dans l'intérêt du patient.

A la fin de la session de formation, un questionnaire d'évaluation est remis et une table ronde est organisée. Des documents de référence et de suivi sont alors mis en place.

Des demandes de développement de telles formations parviennent à l'AOI de nombreux pays du monde.

D'autre part une formation des collaborateurs de l'AOI a été mise en place en 1998 à la Faculté d'Odontologie de Clermont-Ferrand. Ce diplôme universitaire s'intitule "initiation à une démarche de Santé publique dans le domaine de la santé bucco-dentaire - populations défavorisées, pays en développement".

Les objectifs de cet enseignement sont tout d'abord de se familiariser avec la méthodologie de Santé publique, ensuite d'appréhender les problématiques des programmes de santé bucco-dentaire auprès des populations défavorisées, d'acquérir les notions de base pour travailler à des programmes, et enfin d'acquérir des capacités d'analyse de situations.

Cette formation se déroule sur deux années, sous formes de séminaires et de stages en France ou à l'étranger. Les animateurs sont des hommes-ressources détenteurs d'une forte expérience acquise sur le terrain.

Ce partenariat majore l'efficacité dans le domaine de la recherche-action.

L'expérience des stages de santé publique des étudiants de 6^e année à l'UFR d'Odontologie de l'université Paris V

Dr Jean-Claude TAVERNIER
Maître de Conférences. U.F.R d'Odontologie-
Université Paris V

L'enseignement de cette 6^e année comporte un volet théorique et un volet clinique et hospitalier.

Le volet théorique comporte trois axes : professionnel, multidisciplinaire et approfondissement.

Au cours de l'axe professionnel est dispensé un enseignement de Santé publique sous forme de séminaires, et au cours de l'axe approfondissement sont traités sous forme d'enseignement les soins aux personnes défavorisées.

Dans le cadre de cet enseignement sont intégrés des stages, organisés avec les partenaires que sont le bus social

dentaire, une association qui vient en aide aux toxicomanes, l'Hôpital Saint-Antoine et l'Hôpital de la Pitié.

Bien entendu de nombreux autres partenaires soutiennent ou interviennent dans cette démarche à des degrés divers, avec constance ou sur des actions ponctuelles.

Chaque étudiant reçoit en début d'année une fiche de poste individualisée. Celle-ci conventionne tout ce qui est relatif au stage.

Les objectifs généraux :

- ◆ Participation à une action de Santé publique en collaboration avec des partenaires.
- ◆ Apprentissage des méthodologies en éducation à la santé.
- ◆ Savoir situer le chirurgien dentiste dans la prévention collective et dans la Santé publique.

Les objectifs locaux diffèrent bien entendu selon le site, l'organisme partenaire et selon les populations examinées : dépistage, prévention, animation, suivi, etc.

L'évaluation de ces actions publiques est double. Les référents locaux, sur site, et les référents universitaires évaluent les stages et les stagiaires. Les étudiants rédigent un rapport qu'ils présentent devant un jury à la faculté.

Notre expérience est modeste, puisque nous n'avons qu'une année de recul. Les stages sont bien perçus par les étudiants, malgré quelques critiques le plus souvent relatives à des aspects très pratiques.

Débat

- **Dr LOPEZ**, directeur de la Santé à la Mairie de Champigny-sur-Marne : *Dans les propos tenus par M. ORGEBIN, il demeure une zone d'ombre concernant les patients bénéficiaires de la CMU vis-à-vis des demandes de prothèses dentaires, qui entrent dans un "panier de soins" par définition plafonné. Les réponses des chirurgiens conseils étaient jusqu'à présent techniques, mais aussi économiques quant aux niveaux de remboursements acceptables pour la CMU.*
- *Dans le cadre d'application de cette loi d'avril 2001 et du décret de juillet, un silence gardé équivaldra-t-il aussi à une acceptation ? N'y aura-t-il pas "récupération" à un niveau économique que nous ignorerons forcément ?*
- **Dr Jean-Yves ORGEBIN** : *En matière de tarification, je ne peux me substituer aux organismes qui notifient leurs décisions, en l'occurrence la Caisse primaire.*
- *Les bénéficiaires de la CMU sont pris en charge en tiers payant : les Centres de Santé et les libéraux sont donc notifiés eux-mêmes, alors que d'habitude on notifie le patient. Quand un prescripteur justifie la nécessité de son plan de traitement, il est normalement accepté.*
- **Dr Maurice CHATEAU**, président du Conseil de l'Ordre - Val de Marne : *Nous sommes garants de la santé bucco-dentaire des Val-de-Marnais, et nous souscrivons donc à tout ce qui a été dit concernant la prévention, l'épidémiologie, etc.*

Mais nous sommes aussi garants de la qualité des soins ; nous avons un Code de déontologie qui dit en son article 27 que le confrère doit travailler selon les dernières exigences de la science. Or ces exigences ont un coût élevé et présentent donc un problème vis-à-vis de la CMU.

D'autre part le Conseil de l'Ordre du Val-de-Marne ne se désintéresse bien sûr pas du réseau social dentaire, mais il n'y adhèrera pas en tant que partenaire, puisque telle n'est pas sa vocation. Il sera néanmoins un consultant vigilant.

Dr François RICHARD : Une des missions antérieures des chirurgiens dentistes conseils était de faire appliquer une nomenclature que tout le monde s'accorde à trouver obsolète. Cette charge est donc reportée sur les praticiens libéraux. Mais l'obsolescence de la nomenclature perdure ! Les chirurgiens dentistes conseils auront donc du temps pour remplir un autre rôle : la récupération d'indus selon les normes réglementaires et législatives... N'y aurait-il pas comme des paradoxes, dans tout cela ?

Dr Jean-Yves ORGEBIN : Il n'y a pas véritablement de changement ; certaines choses n'étaient tout simplement pas appliquées. Le prescripteur n'assumait pas ses obligations réglementaires, parce que dans la répartition des tâches, traitement et contrôle étaient séparés, de même que proposition et acceptation, ou refus.

Le service médical se trouvait ainsi grand gardien de ce que les praticiens traitants étaient capables de facturer à l'Assurance maladie. La situation était peu acceptable. Il faut donc admettre que la réglementation s'impose à tous.

D'autre part, si la réglementation apparaît inacceptable à tous au regard de ce qu'il convient de délivrer comme soins, il faut mener des actions en direction des acteurs qui ont la capacité de décider, le ministère du Budget par exemple !

On ne peut pas négocier une nomenclature en "république autonome" de telle ou telle ville ou de tel ou tel département ! On ne peut pas demander à l'Assurance maladie qu'elle déroge à la réglementation.

Dr Anne-Marie HAYAT, dentiste conseil dans le Val-de-Marne
Dans les évolutions de nos missions, vous avez parlé de la prévention. Cela inclu-t-il le dépistage, et ceux que cela intéresse ont-ils la possibilité de le faire savoir à leur hiérarchie ?



Dr Jean-Yves ORGEBIN : Vous aurez certainement une réponse sur ce point dans vos propres institutions.

L'Assurance maladie n'est pas un acteur de terrain de la prévention, mais nous ne sommes cependant pas étrangers à ce qui se fait en prévention, notamment en évaluation.

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE : Par rapport à ce concept d'évaluation des pratiques professionnelles, nous savons que c'est une mission de l'ANAES, mais, M. ORGEBIN, vous laissez entendre que les professionnels et les acteurs de la santé publique bucco-dentaire doivent y réfléchir. Sont-ils prêts, tant sur le plan psychologique que sur le plan de la possession des outils ?

La méthodologie doit nécessairement tenir compte du système de santé dans le pays considéré, or il semble que nous soyons en recherche d'un modèle conceptuel en France.

Quelle est donc votre position sur la méthode d'évaluation ?

Dr Jean-Yves ORGEBIN : Effectivement, beaucoup de professionnels de santé ne sont pas prêts.

En ce qui concerne l'Assurance maladie, il faut être humbles. Elle continue à faire peur à un certain nombre de confrères : la fonction de contrôle n'est pas abolie. Il faut donc, dans cette collaboration, avancer à petits pas, et parler d'abord de restitution des informations que nous possédons. C'est une prémisse à l'évaluation.

Enfin, pour les outils, nous nous tournerons vers les universitaires, espérant qu'ils ne nous proposent pas des usines à gaz !

Clôture de la journée

Pr Bernard PELLAT.

Doyen de la faculté de chirurgie dentaire Paris V.

Vous avez sans doute, comme moi-même, apprécié cette journée. Vous avez eu sûrement chaud au cœur d'avoir eu l'opportunité d'échanger nos expériences dans le champ de la Santé publique.

Je vous encourage donc à répondre à l'invite de Fabien COHEN en nous regroupant au sein d'une association à créer.

Monsieur le Président du Conseil général, Monsieur le directeur général adjoint, mon cher Fabien, vous êtes à l'origine de cette journée consacrée à la Santé publique dentaire. Je salue le caractère international de cette première Journée, et donc nos collègues venus de tous horizons, Sénégal, Canada, Belgique ou Côte d'Ivoire.

Le terme "première" appelle la pérennisation de cette manifestation. Cette remarque se fonde sur la qualité des débats que vous avez nourris, et sur la nécessité de donner à la Santé publique ses lettres de noblesse au cœur de la médecine dentaire.

Nous sommes nombreux ici aujourd'hui, mais n'oublions pas que beaucoup des absents ne sont pas encore sensibilisés au problème de la Santé publique. En France, à tous les échelons de la profession, les stratégies de soins et de réhabilitation fonctionnelle conservent un statut quasi hégémonique.

Cette approche des soins et de la réhabilitation fonctionnelle est bien entendu indispensable tant que l'on n'aura pas inversé la tendance au profit de l'interception des causes essentiellement sociales qui perturbent la qualité de la "vie orale", c'est-à-dire de la vie, tout simplement.

Il est urgent d'analyser les raisons profondes de la désaffection de la discipline pour la Santé publique.



Bien sûr l'économie du système repose sur la production de soins, mais l'analyse mérite d'être poussée plus loin. L'approche sociologique, psychologique, voire philosophique de cette désaffection me semble nécessaire. Elle devra déboucher sur une communication convaincante ramenant le patient, tous les patients au cœur des préoccupations des professionnels de médecine dentaire.

La communication devra aussi se tourner vers le patient dont on nous a rappelé aujourd'hui que l'image qu'il a du chirurgien dentiste, est un obstacle à une prise en charge.

Nous parlons beaucoup de réseaux depuis ce matin : les hospitalo-universitaires doivent y avoir leur place.

Notre système de formation est trop peu enclin à faire évoluer son discours, mais malgré ce handicap un certain nombre d'espaces de liberté existent : les enseignements optionnels, les diplômes universitaires, les stages de Santé publique.

Nos facultés, celle de l'université René Descartes Paris V en particulier ont tissé des liens privilégiés avec le Val-de-Marne par exemple, pour associer nos étudiants en fin de cursus à la diversité des missions de Santé publique.

Mais nous sommes encore très fragiles dans notre offre de formation à la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité (handicapés, détenus, démunis, exclus, déracinés, frappés de polypathologie). Il nous faut renforcer toutes nos collaborations avec les diverses structures pour répondre à ces objectifs de formation et aux besoins de santé publique. Christian HERVE nous a brillamment rappelé cette dimension ce matin. Soyons imaginatifs pour répondre aux impératifs qui se présentent à nous. Il nous faut rééquilibrer nos approches très techniques au profit de la compréhension de la nature humaine du patient. Imaginons des actions de formation continue visant à sensibiliser les praticiens aux problématiques de la Santé publique, ceci en partenariat. Orientons nos recherches et nos évaluations vers ces mêmes problématiques.

L'université est l'une des rares institutions d'état placée par la loi sous le sceau de l'autonomie. Beaucoup vous envient ce statut, certains non jaloussent, d'aucuns nous le reprochent. Sachons user et abuser de cette opportunité.

Je terminerai en plaidant pour la pérennisation de ce type de rencontre, en remerciant et félicitant au nom de tous le département du Val-de-Marne, sa mission bucco-dentaire et son tonique animateur, Fabien COHEN.



Yves TALHOUARN.

Directeur général adjoint en charge de la Direction de la Prévention et de l'Action sociale. Conseil général du Val-de-Marne.

Je ne dirai que quelques mots car je partage complètement les conclusions que vous venez de tirer. Mais avant je veux revenir sur la remarquable qualité de cette journée, tant dans sa conception et son organisation que par le niveau des interventions, pour féliciter les organisateurs et remercier les intervenants. On ne pouvait rêver plus complète réussite, pour une première. Je suis d'autant plus aise pour le dire que les commentaires des participants montrent que cette satisfaction est partagée. Il faut souligner, ce qui est rare dans ce genre de manifestation, la très grande diversité des nombreux participants, au moins 300 personnes sont passées, tant d'un point de vue géographique que d'un point de vue professionnel, voire institutionnel.

Aller plus loin ! C'est la proposition que vous venez de faire et que je partage entièrement. Des interrogations nouvelles, formulées aujourd'hui et qui ne pouvaient pas forcément être posées avant cette journée méritent qu'on aille plus loin. J'adhère à la création de l'association, mais je voudrai aller plus loin encore. Je pense que le ministère pourrait faire plus. Le cabinet du Ministre monsieur KOUCHNER a délégué pour cette journée monsieur Jean-Marc ANGELE. Je lui propose qu'une rencontre des différents acteurs d'aujourd'hui avec le cabinet du ministre soit prochainement organisée pour voir comment aller plus loin.

Le Val-de-Marne continuera à jouer le rôle qui est le sien, l'intervention du Président FAVIER, ce matin, a été explicite. Mais je crois qu'il serait opportun que la démarche de partenariat qui anime le Conseil général du Val-de-Marne suivant l'éthique de la santé publique et suivant l'éthique de l'action sociale, devienne nationale.

Ce colloque a été organisé par
la mission bucco dentaire
au sein de la Direction des Interventions de Santé
Organisation :
Dr. Philippe HUGUES et Mme Colette PAQUET
Réalisation des documents :
Mlle Ingrid CAPUANO
Remerciements à tous les participants
qui ont permis la réussite de cette manifestation.

Département
du Val-de-Marne

Conseil général



**DIRECTION
DE LA PRÉVENTION
ET DE L'ACTION SOCIALE**