

INTERVENTIONS DE SANTÉ

Mission bucco-dentaire

*3^e journée de santé
publique dentaire
Créteil 2003*
*Quelle offre de santé,
pour quelles évolutions?*



Département
du Val-de-Marne

Conseil général



Organisée par la mission bucco-dentaire
Service de Santé publique du Conseil général du Val-de-Marne
et
La société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire



Sous la présidence scientifique de

Monsieur le Professeur Pierre LAFFORGUE

Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire de Lille

&

Madame Christine KERNEUR

Infirmière conseillère du Directeur de l'Enseignement scolaire

Comité scientifique

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

Docteur Evelyne BAILLON-JAVON - E.L.S.M du Val-d'Oise - C.N.A.M.T.S

Mme Claudette BERTHET - C.P.A.M du Val-de-Marne

Docteur Pierre BUTTET - I.N.P.E.S

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

Docteur Annick DEVILLERS - U.F.R d'Odontologie - Université Lille

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

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

Docteur Laure MISRAHI - C.R.E.S.G.E

Docteur Bernard MOLINE - M.B.D / S.P.A.S - C.G. 93

Professeur Michèle MULLER-BOLLA - U.F.R d'Odontologie - Université Nice

Docteur Cathy NABET - U.F.R d'Odontologie - Université Paris V

M. Thierry ROCHEREAU - C.R.E.D.E.S

Docteur Michel SIXOU - U.F.R d'Odontologie - Université Toulouse

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

3^e journée de santé publique dentaire

Quelle offre de santé,
pour quelles évolutions ?

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 56 72 87 35

e-mail : mbd.dis@cg94.fr



Vous avez entre les mains les actes de la 3^e Journée de santé publique dentaire co-organisée par le Conseil général du Val-de-Marne et la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire.

Cette toute nouvelle association est à l'image de ces rendez-vous qui, au fil des ans, ont su montrer qu'ils répondaient à un besoin et à un public professionnel d'une grande diversité.

Cette nouvelle édition n'est pas en reste, tant par la qualité des intervenants que par la complémentarité des compétences scientifiques et la représentation géographique. Les interventions du Professeur Jean-Marc BRODEUR ou du Docteur Paul BATCHELOR aux côtés de leurs autres collègues français, suisses ou allemands, ont montré combien les facteurs démographiques sont aujourd'hui au cœur des préoccupations des acteurs de la Santé publique dentaire.

Elle pose aussi bien la question de la réponse aux besoins que de la recherche de nouvelles approches pour que le plus grand nombre accède à une meilleure santé bucco-dentaire.

Cette démarche qualité, nous l'avons retrouvée au travers de toute cette journée, consacrée

notamment aux référentiels pour une bonne pratique, ici, en Europe, comme là-bas au Liban et en Côte d'Ivoire.

Le public présent, en grand nombre cette année encore, a su apprécier ces communications, par la qualité de son écoute comme celle de ses interventions.

Mais une de nos plus grandes satisfactions aura été la forte participation des Universités pour le 2^e Prix Étudiant de Santé publique dentaire remis par le Département et l'ASPBD. Nous tenons beaucoup à cette place de l'étudiant pour l'avenir de cette jeune discipline.

Vous trouverez enfin dans ce document, le compte rendu du débat encore d'actualité autour de la Protection sociale, organisé par l'ASPBD. Nous remercions vivement son animateur, Monsieur Hervé REQUILLART, comme tous les intervenants qui, par leur qualité ont séduit jusqu'à tard le soir le public encore nombreux après une si longue journée.

Je souhaite que la 4^e Journée, qui se tiendra exceptionnellement à Bobigny, en l'honneur des 20 ans de santé publique dentaire d'un département, la Seine-Saint-Denis, pionnier en la matière, consacre le succès des années passées. Pour notre part, avec l'ASPBD, le nouveau Comité scientifique et les présidents scientifiques, le Professeur Jean-Marie VULCAIN et Madame Dominique POLTON, nous ferons tout notre possible pour y arriver.

Dr Fabien COHEN

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



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 Martine GUERIAUX
Réalisation des documents :
Dr Philippe HUGUES et Mlle Ingrid CAPUANO
La Direction de la Communication
Remerciements à tous les participants
qui ont permis la réussite de cette manifestation.

Crédits photos : Conseil général du Val-de-Marne

Département
du Val-de-Marne

Conseil général



DIRECTION
DE LA PRÉVENTION
ET DE L'ACTION SOCIALE

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Ouverture de la journée | 9 |
| <i>Alain DESMAREST, premier vice-président du Conseil général du Val-de-Marne Pr Pierre LAFFORGUE, doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire – Université de Lille</i> | |
| Démographie professionnelle, des réponses pour demain. | 12 |
| Ouverture | 12 |
| <i>Dr Paul BATCHELOR, maître de conférences - Département d'Épidémiologie et de Santé publique - Faculté des Sciences cliniques - University College London</i> | |
| La position du Conseil national de l'Ordre des Chirurgiens dentistes | 15 |
| <i>Dr Maurice CHATEAU, président du conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens dentistes du Val-de-Marne</i> | |
| Démographie professionnelle des chirurgiens dentistes en Bretagne : état des lieux et perspectives à 5 et 10 ans | 17 |
| <i>Dr Jacques MELET, chirurgien dentiste conseil - Échelon local du Service médical des Côtes d'Armor - CNAMTS</i> | |
| Besoin demande et ressources orthodontiques à Strasbourg. L'état d'équilibre est-il atteint? | 22 |
| <i>Pr William BACON, responsable du département d'Orthodontie - UFR d'Odontologie - Université de Strasbourg</i> | |
| Pour une vision québécoise en matière de santé bucco-dentaire | 24 |
| <i>Pr Jean-Marc BRODEUR - Département de Médecine sociale et préventive - Faculté de Médecine Université de Montréal</i> | |
| La profession dentaire face à la pauvreté : quels défis pour l'avenir | 30 |
| <i>Pr Christophe BEDOS - Département de Santé publique - Faculté dentaire - Université Mc Gill - Montréal.</i> | |
| Hygiéniste dentaire : un acteur reconnu de la santé bucco-dentaire en Suisse | 34 |
| <i>M^{me} Monique GERDIL, directrice de l'école d'Hygiénistes dentaires - Genève</i> | |
| La place et le rôle des auxiliaires de santé en Allemagne | 37 |
| <i>Pr Andreas SCHULTE, responsable du département de Santé publique - Faculté de Chirurgie dentaire - Université d'Heidelberg</i> | |
| Table ronde : | 39 |
| <i>Présidente : Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE, présidente du Collège national des enseignants odontologistes de Santé publique</i> | |

| | |
|---|-----------|
| Des référentiels à la pratique | 42 |
| <i>Ouverture</i> | 42 |
| <i>Dr Emmanuel NOUYRIGAT - AFSSAPS</i> | |
| Évaluation nationale française de la variabilité inter-praticiens des décisions diagnostiques et thérapeutiques en cariology | 44 |
| <i>Dr Sophie DOMEJEAN-ORLIAGUET, maître de conférences - UFR d'Odontologie - Université Clermont 1</i> | |
| <i>Dr Stéphanie TUBERT-JEANNIN, maître de conférences - UFR d'Odontologie - Université Clermont 1</i> | |
| Démarche individuelle et collective du dépistage précoce de la lésion carieuse | 46 |
| <i>Pr Mounir DOUMIT - Faculté de Médecine dentaire - Université libanaise</i> | |
| Soins bucco-dentaires des diabétiques de type 2 dans la Nièvre | 47 |
| <i>Dr Didier COUPE, chirurgien dentiste conseil - Échelon local du Service médical de la Nièvre - CNAMTS</i> | |
| Prévention de l'endocardite infectieuse à porte d'entrée bucco-dentaire chez les patients cardiaques à risque | 49 |
| <i>Dr Annie SUIRE-SAULNIER chirurgien dentiste conseil - Échelon local du Service médical de la Charente - CNAMTS</i> | |
| <i>Dr Pascale TABARLY, chirurgien dentiste conseil - Échelon local du Service médical de la Corrèze - CNAMTS</i> | |
| Itinéraire thérapeutique en odonto-stomatologie à Abidjan | 51 |
| <i>Dr Mamadou SAMBA, maître-assistant - UFR d'Odonto-stomatologie - Abidjan</i> | |
| Prix étudiant de Santé publique dentaire | 56 |
| Clôture de la journée | 58 |
| <i>Dr Jacques HASSIN, conseiller auprès de Mme Dominique VERSINI, secrétaire d'État à la Lutte contre la précarité et l'exclusion</i> | |
| <i>M^{me} Christine KERNEUR, infirmière conseillère du directeur de l'Enseignement scolaire</i> | |
| <i>Pr Françoise ROTH, présidente de la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire</i> | |
| <i>Dr Fabien COHEN, coordinateur de la Mission bucco-dentaire – Conseil général du Val-de-Marne</i> | |

Débat d'actualité de l'ASPBD

| | |
|---|-----------|
| Protection sociale, quelle évolution? | 61 |
| <i>Modérateur : M. Hervé REQUILLART, rédacteur en chef d'Impact Médecine</i> | |
| <i>M. Jean-François CHADELAT, directeur du Fonds de financement CMU</i> | |
| <i>M^{me} Christine MEYER-MEURET, sous-directrice chargée de la Protection sociale – Fédération nationale de la Mutualité française</i> | |
| <i>M^{me} Catherine MILLS, économiste de la santé – Université de la Sorbonne</i> | |
| <i>Dr Jacques REIGNAULT, président de la Confédération nationale des syndicats dentaires</i> | |
| <i>Pr Françoise ROTH, présidente de l'ASPBD</i> | |



Ouverture de la journée

Colloque du 6 novembre 2003

Alain DESMAREST,
Premier vice-président du Conseil général du Val-de-Marne

« Mesdames, Messieurs,

Je veux tout d'abord, à l'ouverture de la 3^e journée de Santé publique dentaire organisée par le Conseil général, excuser notre Président, M. Christian FAVIER, qui ne pouvait être des nôtres ce matin.

Il se joint à moi pour vous souhaiter la bienvenue à l'Hôtel du Département et pour vous remercier de votre participation à cette initiative proposée par la Mission bucco-dentaire du Conseil général, conjointement avec la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire présidée par Madame le Professeur Françoise ROTH.

Je tiens à remercier également tous les membres du Comité scientifique qui ont travaillé à cette journée sous la présidence scientifique de Monsieur le Professeur Pierre LAFFORGUE, doyen de la faculté de chirurgie dentaire de Lille et Madame le Docteur Marie-Claude ROMANO, médecin conseiller du directeur de l'Enseignement scolaire, qui a travaillé conjointement avec Madame Christine KERNEUR,



infirmière conseillère dans la même direction.

D'année en année, l'impact de ce colloque se confirme par la diversité et la qualité des intervenants et des participants, venus de toute la France, comme d'autres pays. Je vous remercie tous de votre participation, de votre apport.

Le Conseil général s'est engagé depuis 1991, avec la création de la Mission bucco-dentaire, dans un long et passionnant travail de santé publique, de prévention, d'éducation à la santé.

La création d'un réseau social dentaire en collaboration avec l'université Paris V, les services d'odontologie hospitaliers, les chirurgiens dentistes libéraux, les municipalités, les associations a permis de générer une dynamique qui vise à améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire.

Ce dispositif, associé au Programme départemental de prévention bucco-dentaire a pour objectif de faire reculer les maladies bucco-dentaires; ceci d'autant plus que la maladie carieuse est l'une des rares infections chroniques qui pourrait être éradiquée.

Préserver ses dents pour toute la vie n'est pas une utopie, mais cela exige une volonté politique et économique.

Pour parvenir à réduire les inégalités de la population devant cette maladie il faut être en capacité de pouvoir déployer des professionnels de santé avec des stratégies spécifiques adaptées.

La question de la démographie professionnelle, est donc bien au cœur des problèmes que vous allez aborder aujourd'hui.

Les actes de prévention méritent d'être revalorisés, pour développer les actions individuelles et collectives.

Des progrès majeurs peuvent être obtenus dans ce domaine, c'est le sens de votre investissement à tous, comme du Conseil général.

Vous aborderez ce soir un débat d'actualité "Protection sociale, quelle évolution?"

Au lendemain de la tragédie de la canicule et des terribles carences qu'elle a révélées, le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale ne dégage aucun moyen supplémentaire.

De grandes inquiétudes s'expriment sur l'avenir de notre protection sociale, de notre système de santé, des voix s'élèvent pour souhaiter sa privatisation dans le secteur dentaire.

Concernant l'hôpital, les urgences, les maisons de retraites, la médecine de ville, est-ce qu'une issue positive à la crise du système sanitaire et de protection sociale est envisageable en dehors de

la recherche de nouvelles ressources collectives pour la Sécurité sociale, garantissant l'égalité des droits?

Les usagers, les administrations compétentes, les professionnels de santé publique, comme la médecine de ville, les élus, ne doivent-ils pas être consultés et écoutés.

On a besoin de s'interroger, dans la société française, sur la part des richesses créées à consacrer à la santé.

Si notre système de santé et de protection sociale va mal, des réformes sont nécessaires pour reconstruire un système de santé efficace et solidaire dans une démarche de solidarité.

Je vous remercie de votre attention et vous souhaite plein succès dans vos travaux.



Pr Pierre LAFFORGUE

*Doyen de la faculté de chirurgie dentaire
Université de Lille*



Mesdames, Messieurs, chers confrères, chers(ères) amis(es)

Il m'appartient aujourd'hui de coprésider avec grande satisfaction et beaucoup d'honneur ce troisième congrès de Santé publique.

Mon propos s'adressera tout d'abord aux organisateurs de ce congrès, pour les féliciter, les encourager à persévérer dans cette démarche – oh! combien importante – de promotion de la Santé publique.

La France en effet a pris, dans des domaines précis, certains retards. Je n'en aborderai qu'un parce qu'il est celui sur lequel mes convictions sont profondes : l'organisation de nos cabinets dentaires.

Depuis une décennie des statistiques émanant d'organismes compétents et variés – je citerai le plus institutionnel : l'Ordre national des chirurgiens dentistes – tentent d'illustrer par de beaux graphiques le taux très faible de cabinets dentaires s'adjoignant l'aide d'une assistante dentaire.

S'il est une profession que l'on dit encore libérale, c'est bien la nôtre. Ceci pour me dédouaner de toute critique : chacun fait dans son cabinet ce qui lui plaît à la seule restriction près qu'il respecte en tout point les règles de l'art.

Je suis de ceux qui pensent qu'une assistante dentaire est indispensable, et comme si les réparties de certains – que je respecte – ne suffisaient pas, j'ajoute que personnellement,

pour être en phase avec ma conception, au cabinet dentaire il m'en aurait fallu deux.

Il m'a toujours manqué cette personne intégrée parfaitement à l'équipe, à qui j'aurais pu dire : "Pourriez-vous me seconder pour inculquer à tel patient jeune ou plus âgé les prémices parfaites ou le bon suivi d'une hygiène orale, bucco-dentaire".

En aucun cas je ne me serais déchargé sur cette adjointe, elle n'aurait eu pour mission que de conjuguer son savoir et son énergie à l'optimisation du colloque singulier : praticien-patient.

Non je ne joue pas la provoque ! J'ai eu la grande chance, bien avant que la Santé publique n'ait autant de crédit, auprès des instances ministérielles et locales de créer avec d'autres responsables universitaires, la sous-section de prévention actuelle 56-03.

J'ai donc réfléchi dans le menu détail à ce point important qu'est dans nos cabinets l'ergonomie, terme synonyme de confort.

Ainsi, l'enseignement de la prévention que j'ai toujours fait au fauteuil, qu'il s'agisse d'un adulte et encore plus d'un enfant, m'a passionné.

Très vite nous avons testé un service clinique, je dis bien clinique car la prévention était alors une sous-section dite fondamentale, et nous avons je pense, été des premiers – sinon les premiers – à créer avec l'autorisation du chef de service d'Odontologie, un service d'Hygiène et de Prophylaxie pédodontique.

Pourquoi cette petite digression ?

Tout simplement parce que nous nous sommes prouvé que nous pouvions transmettre, sans déformation, notre passion pour la prévention bucco-dentaire à nos étudiants. Pourquoi donc ne pas faire le pas, et former à cette tâche savante, des adjoints ou adjointes, que je nommerais des infirmiers ou des infirmières dentaires.

Le terme est à repenser peut-être ! mais pitié, cessons de perdre un temps fou à analyser le terme d'hygiéniste, qui n'est pas de nous et qui traduit souvent des comportements que nous n'approuvons pas...

Travaillons ensemble à définir plus qu'un terme, une fonction à cette personne qui nous aiderait à promouvoir l'hygiène et la santé bucco-dentaire.

Peut-on cependant confier une tâche essentielle qui incombe à tout praticien libéral, hospitalo-universitaire ou hospitalier : l'enseignement ou l'accompagnement à la santé bucco-dentaire ?

Je dis OUI.

En parlant de santé bucco-dentaire je veux inclure ce chapitre essentiel qu'est l'enseignement d'une bonne nutrition, prélude à toute harmonie de croissance mais aussi d'équilibre à ce moment de la vie où les fonctions majeures involuent, à savoir chez toute personne âgée.

De telles connaissances de physiologie, de psychologie, de déontologie nécessitent que ces personnes soient recrutées à un bon niveau d'études assimilable à la Licence ; c'est-à-dire Bac + 3.

Il m'a été demandé en introduction de cette journée de parler librement mais avec vérité de ce qui me paraissait pour moi essentiel, au risque de provoquer quelques turbulences de parcours.

Je vous livre mes idées – elles sont j'en suis sûr sujettes à critique – mais puisque j'ai accepté de prêter le flan à ce genre d'exercice et parce que mes fonctions décanales m'ont prouvé que toute action majeure se nourrit de critiques bien fondées, essayons ensemble d'argumenter, de critiquer positivement mes propos.

Je vous remercie de votre attention.



Démographie professionnelle des réponses pour demain

Ouverture

Dr Paul BATCHELOR

Maître de conférences - Département d'Épidémiologie et de Santé publique - Faculté des Sciences cliniques - University College London



J'ai conscience qu'il ne m'appartient pas de vous dire ce que vous devriez faire. Je vais simplement essayer avec vous de repérer les tensions et les obstacles du système actuel et de voir comment on pourrait en identifier un meilleur. Le système d'aujourd'hui n'est pas le même que celui d'hier ni identique à celui que nous trouverons

demain. Il n'y a pas qu'une bonne réponse, mais simplement de meilleures réponses et la principale est la pérennité du système.

J'aborderai le sujet de la démographie changeante de la profession dentaire en explorant les problématiques dans trois secteurs.

D'abord, je mettrai l'accent sur la démographie de cette profession en Europe. En second lieu, je montrerai comment en Grande-Bretagne - mais j'emploie cette

dénomination avec prudence, car nous n'avons pas un service de santé national unifié, l'Écosse, l'Angleterre et le Pays de Galles présentant de grandes différences structurelles et opérationnelles – nous avons essayé de planifier les professionnels. En conclusion, et en allant à l'essentiel, j'évoquerai les problèmes qui surviennent aujourd'hui. C'est cette dernière partie qui vous fournira matière à réflexion pour la recherche de solutions propres à votre contexte particulier.

Pour l'Europe je ne me suis volontairement pas intéressé à la mesure globale de la main d'œuvre, pas plus qu'au nombre d'écoles et à la période de leur ouverture.

Quand on examine, à partir de données fournies par le site internet de la Fédération dentaire internationale et collectées dans les années 90, la distribution de la profession dentaire selon le sexe en Europe, on trouve à une extrémité des pays d'Europe de l'Est (Bulgarie, Pologne, Géorgie, Estonie, Lettonie) dans lesquels 80 % de la profession est féminine et à l'autre extrémité des pays d'Europe de l'Ouest (Pays-Bas, Islande, Grande-Bretagne, France, Luxembourg) dans lesquels 75 % de celle-ci est masculine. Le but, ici, n'est pas de présenter des données précises mais de fournir une image générale. Je trouve ce genre d'irrégularités toujours intéressantes et nous pouvons nous demander s'il y a des caractéristiques particulières autour des extrémités de cette distribution. La France et la Grande-Bretagne sont semblables sur ce point.

Ce que j'explore ensuite est le contexte du système selon les trois points suivants : la capacité du système, le besoin et le rôle de l'État.

La capacité nous intéresse particulièrement. Les hôpitaux français sont disposés très généreusement à prendre en charge les malades de notre système britannique et à les soigner. Je me demande si cela est dû à une capacité excessive qui existe dans le système français, ou à la nécessité d'assurer un revenu financier régulier pour les propriétaires des hôpitaux.

Ceci fait partie du problème quand on essaye d'identifier des solutions : on ne peut pas simplement transposer une solution qui marche d'un pays à un autre. En Grande-Bretagne, différents gouvernements de toutes sensibilités politiques ont défini l'efficacité du service de santé par le manque de lits disponibles. Le système pourrait avoir une plus grande capacité mais les fonds qui auraient pu être dépensés sur le système ont été employés sur d'autres besoins. Qui peut dire qu'un système est meilleur qu'un autre. Cependant certains aspects de la vie française semblent être meilleurs qu'en Grande-Bretagne, à l'instar du chemin de fer.

Le temps imparti pour cette présentation ne me permet pas d'explorer les définitions du besoin aussi je ne considère que la façon dont il influencera les solutions potentielles. En effet avec l'évolution de la technologie les changements du besoin sur les vingt dernières années sont la raison principale pour laquelle les gens ont demandé une augmentation de la main d'œuvre dentaire. Des dispositifs aident à la détermination des priorités dans les besoins d'une population. Les priorités varient d'une population à l'autre – et même d'un individu à l'autre – et ce qui est acceptable par la population française peut ne pas l'être par la population britannique. Quand un pays change, son identité et ses besoins changent également.

Les questions qui se posent alors sont : dans quelle mesure l'État doit-il intervenir et qu'est ce qui est approprié?

Une population a un niveau de besoins de soins oraux déterminé par des besoins curatifs, de bien-être ou esthétiques. La réponse réside dans

la réalisation de traitements allant de l'extraction jusqu'au blanchiment.

Cette main-d'œuvre peut être de simples dentistes, des dentistes avec des qualifications plus élevées ou d'autres professionnels avec une qualification dentaire moindre. Selon la base de données de l'Organisation mondiale de la Santé, il existe un nombre bien moins important de personnels de ce dernier groupe en France qu'en Grande-Bretagne.

Fournir les soins exige du personnel.

Ensuite, même si nous connaissons les besoins et disposons de la main-d'œuvre, nous avons besoin de lieux où les soins seront donnés.

Ces lieux peuvent être des cabinets chirurgicaux simples ou des cabinets de consultations multiples. Ce qui différencie les cabinets dentaires des cabinets de médecine c'est qu'ils sont généralement plus petits. Je crois comprendre qu'en France, les lieux sont majoritairement des cabinets chirurgicaux simples. Ce n'est pas le cas en Grande-Bretagne. Mais peut-être l'important tient à la propriété des lieux et dans les deux pays l'État a décidé qu'elle revenait au secteur privé. En dépit du souhait de l'État de financer la santé, le financement des locaux et de l'équipement reste en dehors de l'État. Et c'est ici que la société a un grand rôle à jouer. La totalité du système de distribution de soins se situe sous le contrôle de la société. Elle décide qui obtient le soin, le niveau de la subvention, qui peut le fournir et traite les problèmes qui surviennent. De même, en revenant à mon exemple précédent des patients anglais qui viennent se faire traiter en France, une société peut accepter différents avantages à différentes étapes selon les coûts, dont beaucoup ne sont pas mesurés seulement en termes financiers.

Pour illustrer ce point je vais faire la comparaison entre la France et la Grande-Bretagne de la densité des catégories de personnel médical.

En France, il existe pratiquement deux fois plus de médecins par personne qu'en Grande-Bretagne

Il y a en outre plus de dentistes, plus de pharmaciens, mais moins de sages-femmes. Les deux pays ont répondu de manière différente aux besoins de soins et il n'existe aucune solution spécifique. J'estime que la société française est bien plus maillée que celle de la Grande-Bretagne. Peut-on dire si c'est bon ou mauvais ?

Je vais maintenant vous montrer comment la Grande-Bretagne aborde le problème de la distribution en évoquant trois secteurs où il existe des similitudes avec la France.

Cependant avant d'aller plus loin il faut noter que le système de santé en Grande-Bretagne est en train de changer considérablement et que la place du secteur dentaire n'est pas clairement définie.

Sous l'angle de la rhétorique politique le gouvernement voit le secteur dentaire comme un élément de ce système mais dans les faits on en semble très loin.

Les dentistes qui ont leur propre contrat avec le service de santé sont connus en tant que dentistes principaux. Historiquement, ces derniers ont tendance à posséder leur propre lieu d'exercice et détiennent une part des capitaux propres du cabinet. C'est un point important, car si les lieux d'exercice sont dans le secteur privé et qu'historiquement nous avons affaire à des dentistes masculins disposés à prendre les risques liés à la propriété, l'arrivée de plus en plus importante de femmes dans le secteur dentaire avec leurs rapports très différents à la propriété peut entraîner des tensions.

Le deuxième point concerne le nombre moyen de patients dont s'occupe chaque dentiste, connu sous le nom de "liste de patients".

Comment le système de santé a-t-il essayé de répondre au nombre de plus en plus important de femmes dans la profession ?

Entre 1994 et 2000 le nombre de dentistes principaux a augmenté. Cette augmentation est entièrement féminine le nombre de dentistes

principaux masculins ayant même légèrement diminué. Quand nous comparons le nombre de patients dont les dentistes s'occupent en fonction du sexe du praticien nous remarquons qu'il est semblable pour les praticiens de moins de 30 ans mais très différents pour les praticiens plus âgés avec un nombre de patients inférieur pour les praticiens femmes.

Comment avons-nous décidé de résoudre la situation ?

Le document utilisé est un rapport diffusé par le Service national de santé. Celui-ci aborde un certain nombre de problématiques notamment les freins au travail des femmes. Mais cette idée est basée sur un postulat que les gens veulent travailler autant d'heures que les générations précédentes. Or je n'en suis pas sûr. Je ne peux me prononcer quant à savoir si la situation résulte simplement des différences entre les hommes et les femmes, ou d'une différence entre les générations. Nous avons des structures qui ont évolué par des préférences historiques et la situation actuelle est peut-être inacceptable ou au moins insoutenable. Ceci n'est pas propre à la Grande-Bretagne, la montée de la féminisation représente un défi aux yeux d'autres pays, comme l'Amérique, ou d'organismes internationaux.

Où cela doit-il vous mener dans vos discussions ? Plusieurs pistes doivent être explorées.

Comment la société française voit-elle le rôle des femmes ? Quelles solutions d'autres secteurs ont-ils trouvées pour ces questions et sont-elles transposables dans le secteur dentaire ? Dans quelle mesure les problèmes proviennent-ils de changements d'attitude entre les générations ?

L'agrandissement de l'Union européenne a créé des opportunités, avec une reconnaissance mutuelle de la qualification et la libre circulation de travail. Une étude que j'ai entreprise, il y a plusieurs années, montrait qu'un des facteurs déterminants pour les mouvements du travail était la capacité de parler la langue. (Raison pour laquelle je n'ai jamais émigré en France !)

Alors qu'il y a un nombre considérable de dentistes en Europe de l'Est, ceux-ci sont principalement des femmes. Sont-elles susceptibles de vouloir se déplacer ? La récompense financière d'une société plus riche pourra-t-elle les attirer ?

L'environnement politique dans lequel le soin

dentaire fonctionne est à prendre en compte. La transformation de l'Europe doit influencer le mode de fourniture des soins. Jusqu'ici la Sécurité sociale s'est trouvée en dehors de la législation financière mais ceci ne peut plus continuer. Déjà, en Grande-Bretagne, le mouvement vers des formes plus spécifiques de contrats pour la livraison des soins renforce l'argument que la santé devient simplement une autre commodité. Nous assistons à une augmentation du nombre d'entreprises privées qui fournissent des soins dentaires. Ces entreprises sont responsables envers leurs actionnaires aussi bien qu'envers le public.

C'est ce dernier aspect, en particulier la législation encadrant la structure de la livraison, qui sera important.

Si tel est le cas – et nous souhaitons explorer les mécanismes qui encouragent leur participation – les mécanismes de livraison devront changer.

La simple ouverture de nouvelles écoles dentaires ne suffira pas.

La redéfinition des attentes de la société vis-à-vis du secteur dentaire, de qui est autorisé à fournir les soins et des risques acceptables à prendre en charge est le défi qui vous fait face aujourd'hui.

Je pense que les jeunes femmes dentistes ont une vue différente de leur carrière que leurs confrères masculins plus âgés.

La position du Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes

Dr Maurice CHATEAU
Président du conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens dentistes du Val-de-Marne



Je voudrais d'abord présenter les excuses de Robert REGARD, le vice-président du Conseil national, qui a eu un empêchement ordinal et qui m'a donné toute latitude pour vous présenter un petit exposé sur la démographie professionnelle. En 2002, nous étions 42 541 chirurgiens dentistes. Le problème démographique professionnel actuel tient à plusieurs paramètres :

◆ depuis 1990 le départ des futurs retraités n'est pas compensé par l'arrivée de jeunes diplômés,

le numerus clausus n'ayant pas été relevé à temps,

- ◆ le mode d'exercice a évolué. Le praticien passe, en général, moins de temps au cabinet que les anciens confrères,
- ◆ la féminisation grandissante de la profession, qui privilégie souvent un exercice plus restreint,
- ◆ le vieillissement de la population dû à l'augmentation de l'espérance de vie (plus le patient est âgé, plus il nécessite des soins dentaires prolongés et coûteux selon une étude de la CNAM),
- ◆ la démographie est très inégale dans notre pays. La Région parisienne, Rhône-Alpes et le Sud-Est sont en surnombre, quoique certains quartiers urbains difficiles soient délaissés. Le Nord et le Centre de la France sont, au contraire, abandonnés. Dans les zones rurales, la diversification professionnelle s'accompagne aussi d'une diversification démographique.

Le numerus clausus depuis 1992 s'est stabilisé à 800.

Le maintien de la densité actuelle des chirurgiens dentistes exigerait un numerus clausus porté à 1 300 en 2007 mais progressivement car des événements importants survenus ces dernières années dans le cursus universitaire ont modifié la donne : création d'internat en Odontologie, réforme des études en vue du diplôme d'État en chirurgie dentaire par la création, en 99-2000, d'une sixième année d'études augmentant ponctuellement le déficit des jeunes diplômés.

En 2000, la Conférence des doyens d'odontologie avait refusé l'augmentation du numerus clausus, en raison de l'insuffisance des dotations générales de fonctionnement attribuées aux universités qui entraînait une diminution importante des capacités de formation des services hospitalo-universitaires d'Odontologie.

Mais l'augmentation nouvelle du numerus clausus, la création de nouvelles disciplines, l'émergence de nouvelles technologies, associées aux problèmes de gestion du personnel avec les 35 h et les RTT, entraîneront fatalement une révision non négligeable des moyens financiers et matériels à apporter à ces services d'odontologie.

Quant à la prospective, je rappelle plusieurs points du rapport de la mission démographique conduite par le Professeur BERLAND :

- ◆ augmentation progressive du numerus clausus à 1 300 en 2007,
- ◆ 60 % des praticiens exercent en cabinet individuel, leur regroupement dans une même structure semble être l'évolution probable au regard des contraintes matérielles, administratives et des coûts,
- ◆ favoriser, compte tenu de la crise démographique dans les zones rurales, semi-rurales et les quartiers sensibles, la création de "Maisons de soins" avec l'aide des collectivités locales pour le financement, l'accueil, le secrétariat et l'informatique.

J'ajoute que, pour ma part, l'installation dans ces régions pourrait passer par des allègements fiscaux (suppression de la taxe professionnelle, par exemple),

- ◆ confier à des hygiénistes qualifiés l'hygiène bucco-dentaire et la prévention citant même (je laisse la responsabilité de ces propos à leurs auteurs) les détartrages et les reprises de prothèses.

Le Conseil national de l'Ordre, dont je suis le porte-parole aujourd'hui, pense également qu'une augmentation progressive du numerus clausus doit être envisagée pour atteindre 1 200 diplômés environ, ce chiffre pouvant évoluer en fonction des circonstances, de la démographie dans notre pays, de la féminisation de la profession et des changements du mode de vie. Il est absolument indispensable que les pouvoirs publics prennent leurs responsabilités et agissent à temps.

Le Conseil étudie également la possibilité de faire évoluer la profession d'assistante dentaire.

Il est indispensable que chaque cabinet dentaire puisse disposer d'une assistante dentaire pour travailler dans les meilleures conditions, en particulier à quatre mains au fauteuil.

S'il existera toujours l'assistante de base on peut aussi envisager une mutation de cette profession vers l'hygiène bucco-dentaire et la prévention par une formation spécifique donnant de nouvelles compétences avec une base de baccalauréat.

Il est cependant exclu que ces "hygiénistes" (ainsi dénommés dans les pays voisins) travaillent en bouche. Compte tenu de la non revalorisation de nos actes professionnels depuis de nombreuses années, les confrères ont tendance à travailler seuls ou à se faire aider par leurs épouses, et on voit mal si rien n'évolue comment des confrères pourraient embaucher ce type d'assistante sauf peut être en se regroupant en structures médicales. Contrairement à certains pays nordiques notamment, nous ne sommes pas favorables à la création de "denturologues", sorte de dentistes de deuxième catégorie ayant des compétences limitées, pour des raisons éthiques.

Ce serait la porte ouverte à de nombreux abus à une époque où l'accent est mis sur une démarche de qualité. Les Français sont par ailleurs très attachés à leur système de santé actuel.

Démographie professionnelle des chirurgiens dentistes en Bretagne : état des lieux et perspectives à 5 et 10 ans

Dr Jacques MELET
Chirurgien dentiste conseil
Échelon local du Service médical
des Côtes
d'Armor
CNAMTS



Le travail présenté a été réalisé par le Docteur Françoise MONTEIL, ma consœur du Service médical de Saint-Brieuc.

Nous nous sommes penchés sur ce sujet, au titre des relations conventionnelles, à la demande du Comité dentaire du département. Nous avons élargi l'analyse à la Région Bretagne, le département ne représentant pas une entité suffisante et cohérente pour exprimer des conclusions.

La profession exprime son inquiétude, les cabinets sont saturés, ne pouvant pas prendre de patients supplémentaires et assurer les urgences. Les praticiens ont des difficultés à trouver des remplaçants ou à vendre leur cabinet. Se posent alors les questions des évolutions de l'offre de soins et de la demande de soins. Nous ne parlerons que de la demande de soins et pas du besoin de soins, cette première notion pouvant être mesurée à travers les prestations payées par les différentes caisses. Le besoin de soins n'est lui probablement pas couvert comme nous le laisse penser l'indicateur du taux de recours aux soins.

- ◆ Faire un état des lieux et mettre en évidence des paramètres influant sur l'offre et la demande,
- ◆ déterminer la construction de bassins de santé dentaire,
- ◆ effectuer des projections à cinq et à dix ans.

L'étude a plusieurs objectifs

- ◆ données de population : recensement INSEE 1999,
- ◆ données professionnelles : SIAM (Système Informationnel de l'Assurance Maladie) année 2001,
- ◆ Données géographiques : extraites à partir des codes "communes" et converties en codes "canton" sur lesquels repose l'analyse,
- ◆ SNIR (Système National Inter Régimes),
- ◆ données du fichier des praticiens (SIAM).

Le matériel est constitué de données fournies par différentes sources

À certains moments, nous aurons des chiffres non concordants. Ces données ne sont pas contradictoires mais simplement issues de bases différentes. Par exemple nous n'aurons pas le même nombre de patients par praticien selon que la source choisie est le SNIR, le SIAM ou la DREES (Direction Recherche Études Évaluations et Statistiques).

La notion de bassins de santé élaborée par Emmanuel VIGNERON (DATAR) est utilisée dans ce travail. Cette méthode consiste à construire des zones géographiques au sein desquelles les patients ont un comportement homogène vis-à-vis de l'offre de soins. Elle met en œuvre des tableaux de contingence, l'analyse factorielle des correspondances et la classification ascendante hiérarchique.

Pour mieux se situer il convient de préciser deux indicateurs

La densité professionnelle s'exprime de deux façons : en nombre de dentistes pour 100 000 habitants ou en nombre d'habitants par dentiste.

Le taux de recours aux soins est le rapport entre le nombre de personnes soignées et le nombre de personnes protégées de la zone géographique considérée.

Dans notre étude ce sera toujours un taux de recours aux soins par canton.

Les personnes soignées sont celles qui ont eu au moins une intervention ou un acte qui ait fait l'objet d'une prestation. On sait très bien les identifier dans les bases comme on sait également calculer la moyenne du nombre d'interventions par patient toujours dans la base SIAM.

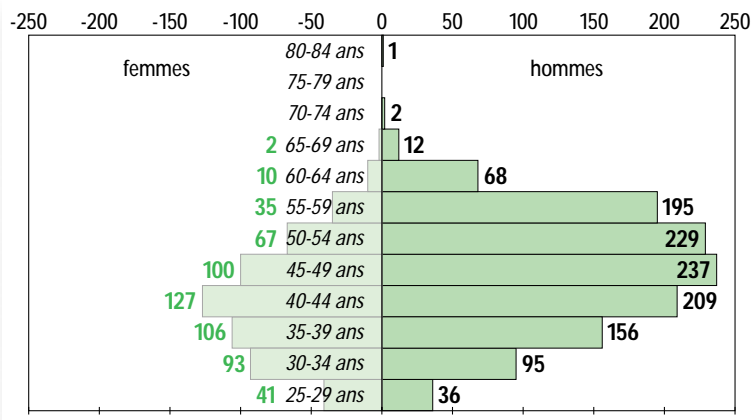
La Région Bretagne n'est pas déshéritée au regard du nombre de praticiens. Elle se situe dans la moyenne nationale, soit 62 praticiens pour 100 000 habitants, contre 33 praticiens pour 100 000 habitants dans la région Centre et 105 pour 100 000 habitants pour la région PACA.

tiellement masculine le nombre de femmes devient supérieur au nombre d'hommes à partir des 30-34 ans. Actuellement il y a 70 % de femmes dans les facultés en Bretagne

- ◆ Un départ à la retraite de 5 % des praticiens dans un délai de cinq ans et de 13 % dans un délai de dix ans.
- ◆ Un arrêt d'activité plus précoce des femmes en moyenne vers l'âge de 60 ans, alors qu'une petite partie des hommes poursuivent leur activité au-delà de 65 ans.

À l'observation de la densité professionnelle en Bretagne, nous notons d'une part des zones avec 90 praticiens pour 100 000 habitants, d'autre part un couloir central allant de Morlaix à Redon avec très peu de praticiens. Dans cette zone centrale en voie de désertification professionnelle, plus de 50 % des praticiens ont plus de 55 ans. On peut imaginer qu'ils auront probablement du mal à trouver des repreneurs. Pourtant le chiffre

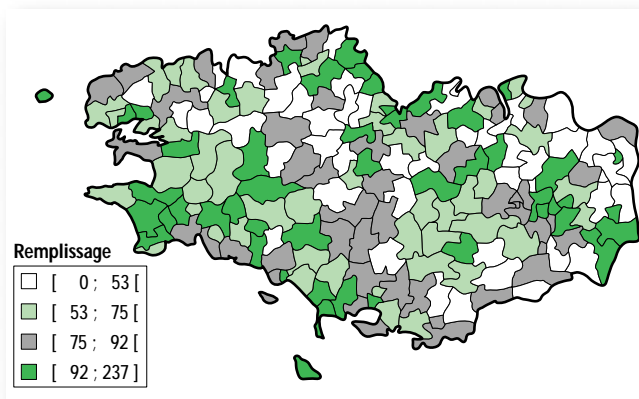
Démographie professionnelle des chirurgiens dentistes en fonction de l'âge et du sexe
(Bretagne - année 2002)



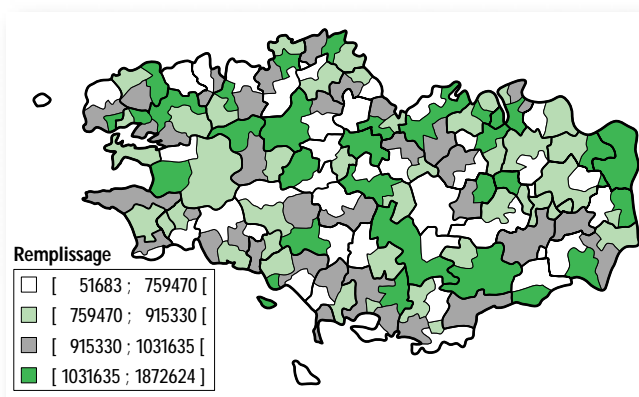
La pyramide des âges en fonction des sexes permet de visualiser :

- ◆ Une baisse des effectifs à partir des 35-39 ans correspondant à l'entrée en vigueur de la diminution du numerus clausus.
- ◆ Une féminisation de la profession. Alors que la profession était essen-

Densité professionnelle par canton en nombre de praticiens pour 1 000 000 habitants
(Bretagne - année 2002)



Chiffre d'affaires annuel moyen d'un praticien par canton calculé sur les cinq dernières années en francs
(Bretagne - année 2002)



d'affaires moyen de ces mêmes praticiens, calculé sur les cinq dernières années, est très important. On doit s'inquiéter de l'accès aux soins des personnes situées dans cette zone.

La courbe du taux de recours annuel aux soins est significative :

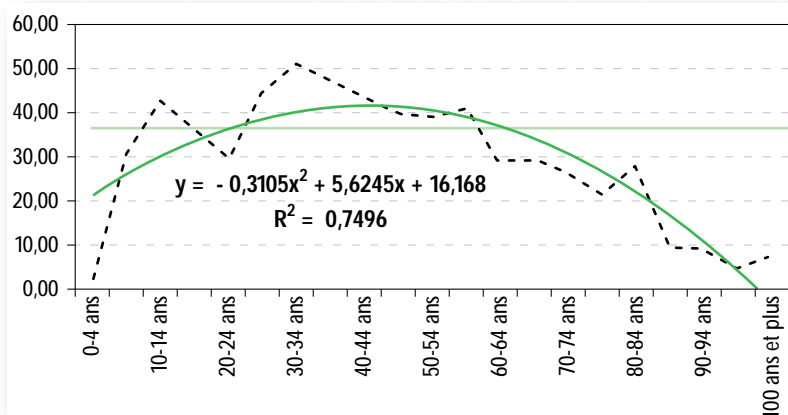
- ◆ Le taux de recours aux soins moyen annuel est de 35 %. 2 personnes sur 3 ne consultent donc aucun dentiste au cours d'une année.
- ◆ La fréquentation des cabinets par les enfants est tardive.
- ◆ Les jeunes entre 20 et 24 ans ne se font pas soigner.
- ◆ Les 30-40 ans consultent le plus, mais ils sont quand même moins de un sur deux à le faire.
- ◆ Le taux de recours aux soins est de 38 % avant 55 ans et de 27 % après 55 ans. Le taux de recours plonge et des problèmes d'accès aux soins se posent au moment de la transition entre activité professionnelle et retraite. Ce taux de recours aux soins dépend d'un équilibre entre les prestations obligatoires et les prestations complémentaires qui est remis en question dans cette période de transition.

Nous observons que les praticiens voient de moins en moins de patients au fur et à mesure de leur avancée en âge, mais leurs patients viennent plus souvent. Est-ce un choix d'orientation de l'activité ?

Le chiffre d'affaires moyen calculé sur les cinq dernières années s'établit à 947 000 francs (144 369 €). On s'aperçoit que celui-ci augmente jusqu'à 45-49 ans avec un nombre de patients relativement constant. À partir de cet âge le nombre de patients diminue et le chiffre d'affaires commence à diminuer à partir de 55 ans. La baisse du volume d'activité liée à l'âge du praticien peut être évaluée en moyenne à 12 % après 55 ans.

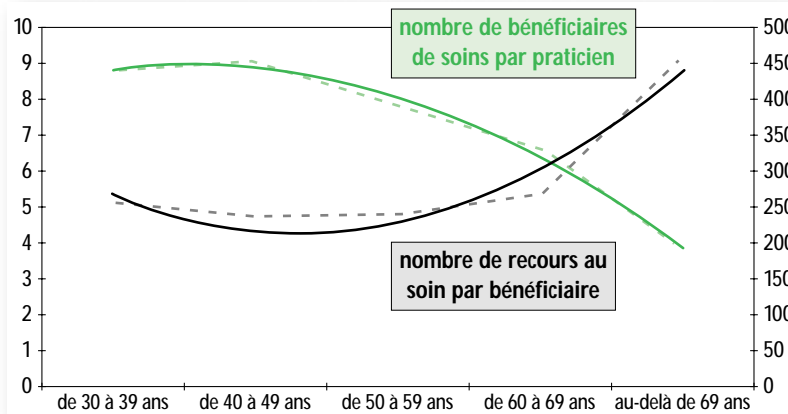
Taux de recours au soin en fonction de l'âge

(Bretagne - année 2002)



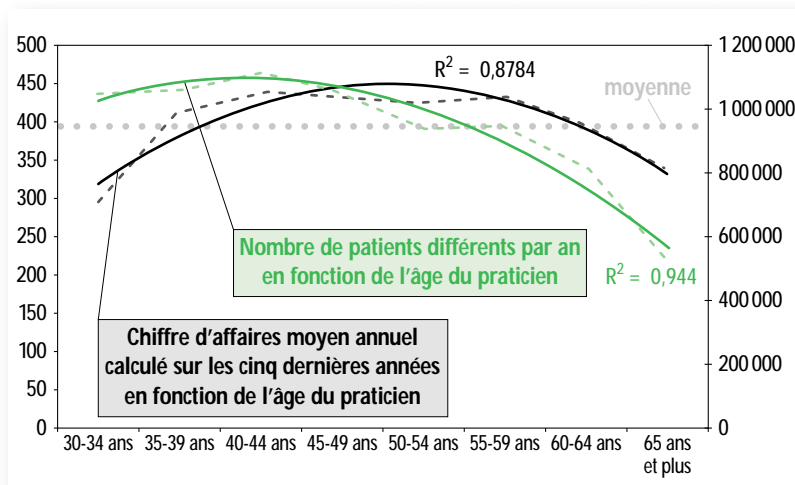
Activité des praticiens en fonction de l'âge

(Bretagne - année 2002)

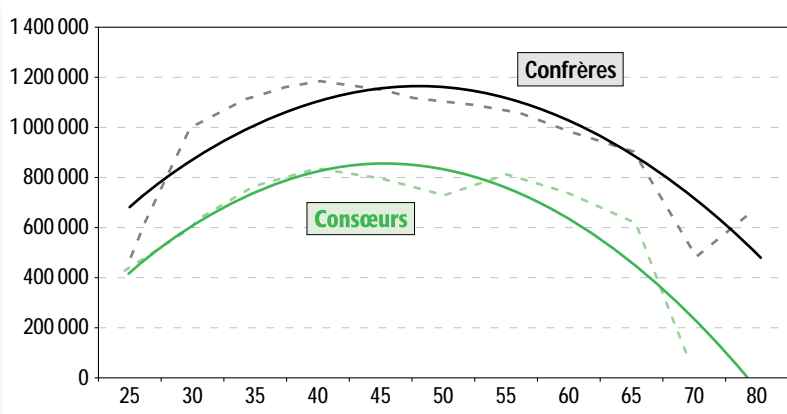


Chiffre d'affaires annuel moyen d'un praticien en fonction de l'âge calculé sur les cinq dernières années en francs

(Bretagne - année 2002)



Chiffre d'affaires annuel moyen d'un praticien en fonction du sexe et de l'âge calculé sur les cinq dernières années en francs
(Bretagne - année 2002)



Il y a une différence significative du chiffre d'affaires moyen entre les hommes 1 092 911 francs (166 613 €) et les femmes 739 000 francs (112 659 €). Le volume d'activité (de chiffre d'affaires) de nos consœurs est globalement inférieur de 20 % à celui des confrères. On remarque également pour celles-ci une baisse d'activité marquée dans la période que l'on qualifiera de périnatale. La baisse d'activité en fonction de l'âge suit une courbe strictement parallèle entre les hommes et les femmes.

Il est évident que les femmes ont un rôle que nous nommerons "social" – terme qui n'est en rien sexiste – et qu'elles consacrent davantage de temps à leur famille.

L'âge et le sexe sont donc deux paramètres influençant l'activité du praticien.

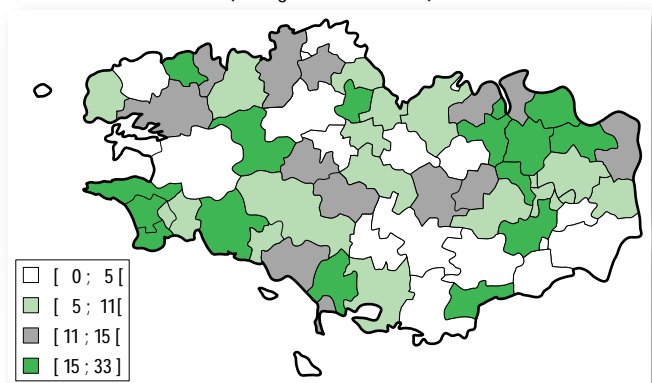
La notion de prise en compte de la qualité de vie pour nos plus jeunes confrères n'a pu être étudiée. Il est clair que ces derniers donnent une plus grande priorité à leur qualité de vie avec corrélativement une baisse de la part consacrée à leur exercice professionnel. C'est sans doute un facteur qui devra être pris en compte à l'avenir.

30 % de la population bretonne se répartit dans cinq bassins de santé en chirurgie dentaire. 17 bassins ont une densité professionnelle supérieure à la moyenne régionale. Il était intéressant de comparer ces notions de bassins avec celles d'études géographiques classiques par département, par exemple. Sur les cartes, les limites des bassins ne correspondent pas à celles des départements. L'échelle du département ne permet donc pas une prospective correcte de l'évolution démographique professionnelle.

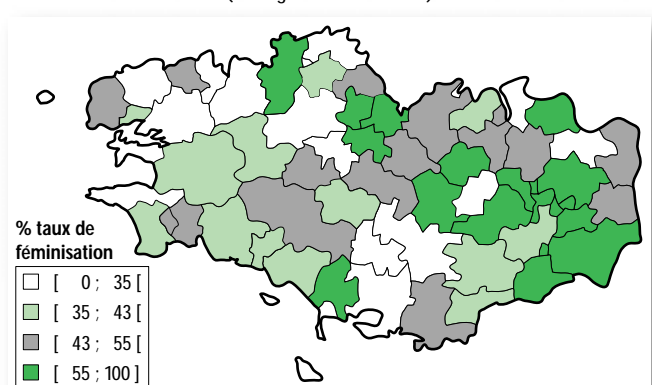
La notion de Pays est plus récente. Si certains bassins sont superposables aux Pays ce n'est pas le cas pour nombre d'entre eux. Le Pays n'est donc pas une échelle capable de donner des correspondances. 18 zones d'emploi ont été définies en Bretagne. La notion de zone d'emploi n'est pas non plus la dimension administrative sur laquelle nous pouvons travailler. Mais nous nous en sommes servi car elle permet d'observer les flux de population fournis par l'INSEE.

L'analyse porte d'abord sur l'offre de soins en fonction de deux paramètres : l'âge et le sexe des praticiens. L'Ille-et-Vilaine, Rennes en particulier, présente un nombre de praticiens âgés très important. Dans la zone des Côtes d'Armor et Ille-et-Vilaine, la profession est très féminisée.

Taux de praticiens âgés par bassin de santé
(Bretagne - année 2002)



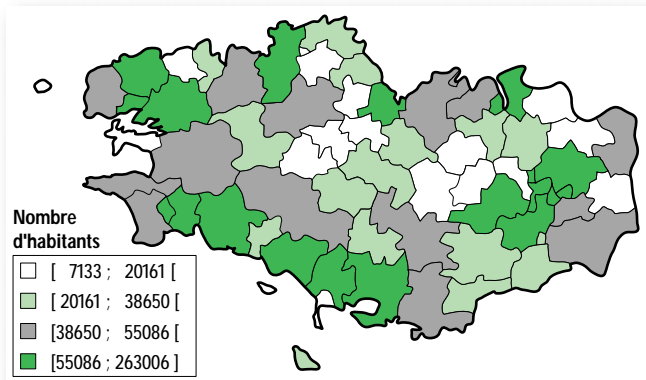
Taux de praticiens femmes par bassin de santé
(Bretagne - année 2002)



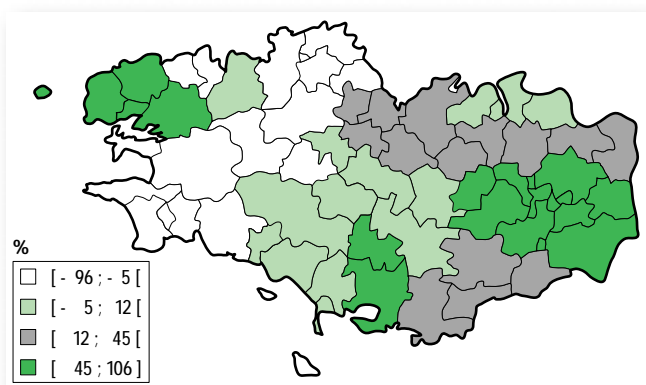
Après l'offre de soins, examinons la demande de soins. Elle est importante dans les zones Bretagne Sud, Rennes et Brest. À travers les flux de population, nous enregistrons deux zones d'expansion, Brest et Rennes, et une zone de

désertification quasiment superposable à la zone de désertification professionnelle.

Répartition de la population par bassin de santé
(Bretagne - année 2002)

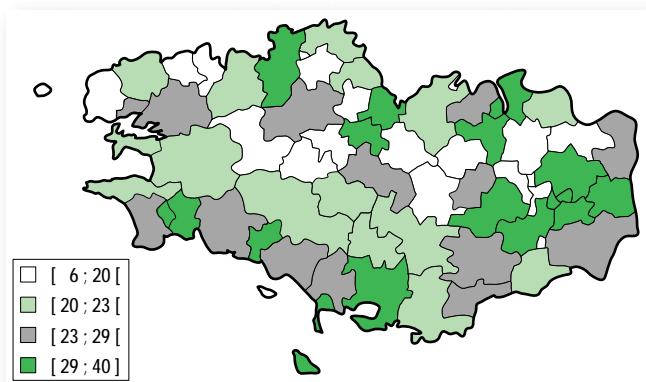


Évolution des soldes migratoires et naturels par bassin de santé
(Bretagne - année 2002)



Si on revient aux bassins de santé on note un gradient ouest-est du taux de demande de soins avec une élévation de ce taux dans les agglomérations. La moyenne régionale est de 35 % mais certaines zones présentent des taux de demande de soins situés entre 6 % et 20 %, en clair un patient sur cinq consulte une fois par an.

Taux de recours aux soins par bassin de santé
(Bretagne - année 2002)

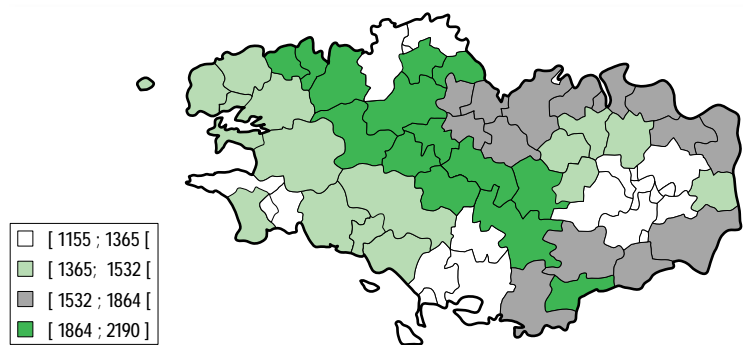


Actuellement les zones à forte densité professionnelle ont 1 praticien pour 1 155 à 1 365 habitants et les zones à faible densité en ont 1 pour 1 864 à 2 190. Dans une projection à 10 ans, ces valeurs passent à 1 praticien pour 1 363 à 1 707 habitants pour les premières et à 1 praticien pour 2 033 à 2 361 pour les secondes.

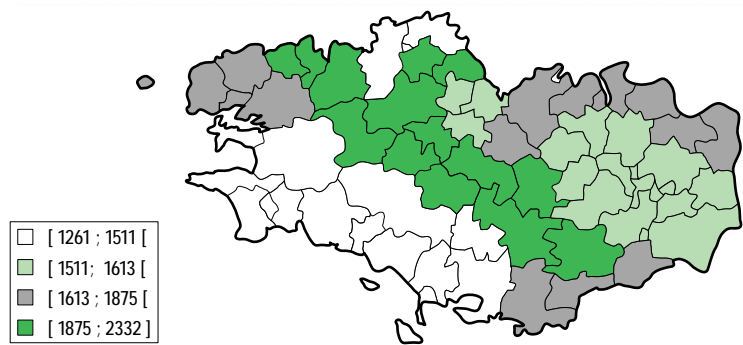
Les cartes de ces évolutions ont été réalisées sans tenir compte de la féminisation ou du vieillissement de la profession, ni des flux migratoires de la population.

Les chiffres vont considérablement évoluer en données brutes sur les dix ans à venir et le problème de désertification s'aggravera d'année en année.

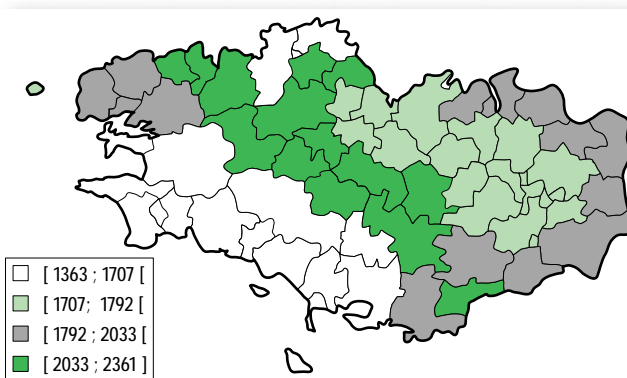
Densité professionnelle brute par bassin de santé en nombre d'habitants - par praticien
(Bretagne - année 2002)



Densité professionnelle brute par bassin de santé en nombre d'habitants - par praticien à 5 ans
(Bretagne - année 2002)

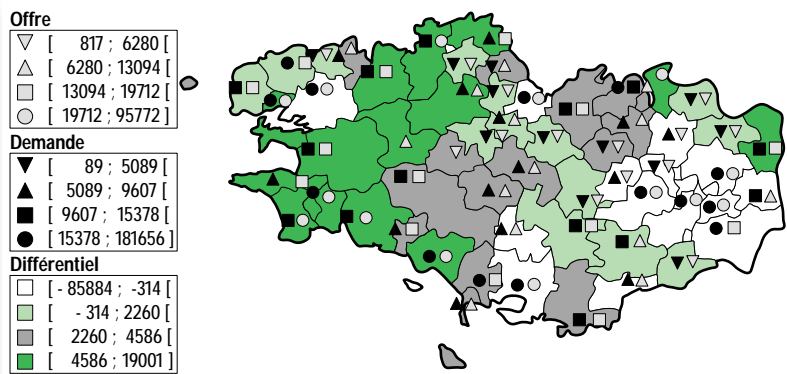


Densité professionnelle brute par bassin de santé en nombre d'habitants - par praticien à 10 ans
(Bretagne - année 2002)



L'objectif démographique serait d'obtenir un équilibre entre l'offre de soins et la demande de soins. L'offre de soins est calculée à partir du nombre de praticiens et du nombre moyen annuel de patients traités par praticien qui est de 704 selon la DREES. Pour le nombre de praticiens on applique un correctif de - 20 % pour les praticiens femmes et de - 12 % pour les praticiens âgés. La demande est établie à partir de la population et du taux de recours aux soins. La population est calculée en fonction du taux de natalité, du taux de mortalité et des flux migratoires. On constate à 10 ans des évolutions avec des zones passant d'un déficit à un excès d'offre et d'autres d'un excès à un déficit.

Différentiel offre/demande par bassin de santé à 10 ans
(Bretagne - année 2002)



En Bretagne, la féminisation et le vieillissement de la profession dentaire – facteurs influençant l'activité professionnelle – sont marqués. La densité professionnelle est mal répartie, avec des zones où l'offre est insuffisante. Le renoncement aux soins est important. La moyenne de contacts se situe entre 11 et 20 par jour et par praticien. On peut se demander comment on pourrait prendre en charge les 65 % de patients qui ne viennent jamais consulter. L'évolution à cinq et dix ans est préoccupante. Les décideurs doivent pour analyser la situation utiliser comme division géographique le bassin de santé, reflet du comportement de la population vis-à-vis des soins dentaires. Pour améliorer la méthode, il faut mesurer le besoin réel de soins – et non la demande – et le nombre idéal de patients par praticien.

L'évolution des comportements dans les choix de vie et d'exercice des praticiens notamment des femmes, l'adaptation de la profession à la féminisation, l'incitation à l'installation au sein des zones en voie de désertification, le rôle du service public hospitalier dans ces zones sont autant de sujets à explorer.

Besoin, demande et ressources orthodontiques à Strasbourg

L'état d'équilibre est-il atteint?

Dr William BACON
Responsable
du département
d'Orthontie
UFR d'Odontologie
Université
de Strasbourg



Tout bilan de santé publique dans le domaine de l'Orthopédie dento-faciale doit comporter des chiffres précis sur les nécessités de traitement et la demande réelle de soins.

L'indice de nécessité de traitement le plus utilisé aujourd'hui est l'IOTN (Index of Occlusal Treatment Need) qui comporte un indice occlusal et un indice esthétique. L'indice occlusal comporte cinq degrés de gravité : les grades 1 et 2 correspondent à des besoins nuls ou accessoires, les grades 3, 4 et 5 représentent des situations où le patient peut tirer un profit réel d'un traitement orthodontique.

Le patient est indexé en fonction de la déviation

la plus grave de son occlusion dentaire ainsi qu'en fonction de la gravité des désordres esthétiques (correspondant à des scores de 1 à 10). Les malocclusions de grade esthétique 1, 2 et 3 sont considérées comme ne nécessitant pas de traitement orthodontique. À partir du score 4, le traitement est indiqué. Au-delà du score 8 le traitement est considéré comme une nécessité car la malocclusion est fortement handicapante.

Les enquêtes qui suivent ont été réalisées à Strasbourg, ville de 450 000 habitants, où le régime général de la Sécurité sociale couvre 96 % de la population. On y compte un orthodontiste pour 16 000 habitants. Seuls 4 % des traitements sont réalisés par des généralistes n'ayant pas suivi de formation à la spécialité.

L'indice IOTN a été évalué sur un échantillon de 650 enfants, 331 garçons et 320 filles, en classe de CM1 (âge moyen $9.9 \pm 0,7$). À cet âge peu de traitements orthodontiques ont été commencés et les documents de départ sont facilement accessibles chez l'orthodontiste traitant. Les précautions habituelles de validation de la méthode ont été prises avant l'enquête. Les résultats de l'investigation révèlent que les scores occlusaux 3, 4 et 5 (traitements orthodontiques utiles) correspondent à 44 % de la population. Pour l'indice esthétique, les traitements utiles (scores de 4 à 10) concernent 43 % des individus examinés. Il n'y a pas de différence patient/examineur. Ce travail confirme qu'environ 45 % de la population peut objectivement tirer profit d'un traitement orthodontique alors qu'un besoin urgent (malocclusions fortement handicapantes) caractérise 20 à 25 % des individus.

Des proportions comparables ont déjà été rapportées par d'autres études étrangères pour des populations homologues.

En utilisant ce même indice dans une autre enquête sur 277 patients consécutifs de moins de 16 ans du département d'Orthodontie des hôpitaux universitaires de Strasbourg, on relève que 7 % des enfants pris en charge présentaient un score esthétique de 2 (traitement accessoire) et que pour 26 % du même groupe l'indication de traitement était exclusivement occlusale.

Cet objectif a pu être obtenu grâce à un partena-

riat entre la CPAM, l'INSEE et la faculté de Chirurgie dentaire. L'enquête a été menée en 1997-1998 à une époque où le traitement d'ODF devait débiter avant 12 ans. Un âge de 15 ans a été requis pour l'échantillon de référence car à cet âge l'ensemble des ressources orthodontiques était totalement épuisé.

L'INSEE a extrait l'ensemble des enfants âgés de 15 ans en 1997 à Strasbourg (8 035 enfants). Un échantillon représentatif de 1 000 enfants a été constitué en respectant la prévalence filles/garçons et la fréquence des naissances en fonction des différents mois de l'année. Les praticiens conseils de la CPAM ont sorti les 1 000 dossiers et saisi les informations orthodontiques utiles. Les résultats "anonymisés" ont alors pu être traités.

Il ressort de cette enquête que 30,1 % des enfants avaient eu recours aux prestations orthodontiques (51,3 % de garçons et 48,7 % de filles). Les adultes en traitement échappent toutefois à cette enquête. Or aux hôpitaux universitaires de Strasbourg 11 % des consultants en ODF sont des adultes. Sous réserve d'une prévalence comparable en secteur libéral, le pourcentage réel de la population faisant appel aux soins orthodontiques serait, en données corrigées, de 33,8 %.

Les catégories socioprofessionnelles n'ont pas pu être relevées mais à l'évidence le coût des traitements reste encore un obstacle pour l'accès aux prestations orthodontiques. Cette observation est illustrée par l'enquête du Dr FERRACCI qui révèle que 50 % des enfants ont eu recours à l'orthodontie dans le cadre du régime de couverture Prévoyance, qui assure une bonne prise en charge des dépassements en ODF.

La dernière enquête de santé du National Health Institute publiée en 1998 a concerné 7 000 personnes, tirées au hasard et représentatives de la population américaine, qui ont été interrogées sur tous les domaines de la santé. 18 % de la population américaine de 7 à 17 ans avait eu recours aux soins d'orthodontie.

La difficulté d'une enquête sur la demande réelle réside dans la constitution d'un échantillon représentatif.

Ce pourcentage grimpe à 20 % pour les adultes de 18 à 50 ans. En affinant ces chiffres il ressort que 30 % des jeunes blancs ont eu recours à l'orthodontie, contre 11 % de la population hispanique et seulement 8 % des noirs. Les prestations orthodontiques assurées dans le cadre de notre enquête se révèlent ainsi supérieures à celles décrites pour les USA par le NIH en 1998.

Comment faciliter l'accès aux soins des catégories socio-professionnelles les plus défavorisées ?

La nomenclature actuelle ne devrait-elle pas tenir compte d'un indice approprié de nécessité de traitement ?

Comment maîtriser les abandons ?

Pour une politique de santé efficace, il est indispensable de disposer de tous les éléments d'information permettant de justifier cette politique, tant pour la démographie professionnelle que pour la population ciblée. À ce titre une enquête nationale sur la demande et les nécessités de traitement orthodontiques serait particulièrement utile.

On pourra conclure en soulignant l'efficacité du programme de soins mis en place avec le CECSMO, tout en soulignant la qualité du dépistage dans les écoles, dépistage qui contribue efficacement à sensibiliser les patients aux problèmes orthodontiques.

Tous les problèmes ne sont pas pour autant résolus et quelques interrogations persistent.

Pour une vision québécoise en matière de santé bucco-dentaire



Dr Jean-Marc BRODEUR
*Département de Médecine sociale et préventive
Faculté de Médecine
Université de Montréal*

Il m'a été demandé de vous parler de ce qui a été mis en œuvre au Québec pour affronter un défi important qui était le manque d'effectifs de dentistes et une santé bucco-dentaire pitoyable en associant aux aspects démographiques les aspects épidémiologiques.

Au milieu des années 1970, le Québec faisait piètre figure en matière de santé bucco-dentaire. De multiples stratégies ont été développées, pas uniquement l'augmentation du nombre de den-

tistes mais la création de véritables équipes de soins autour du dentiste, en ajoutant d'autres stratégies de santé publique. Je présenterai les leçons que nous pouvons tirer des trente dernières années.

Christophe BEDOS enchaînera avec la prise en compte de la pauvreté qui est un enjeu majeur dans l'amélioration de la santé bucco-dentaire.

Pourquoi parler du Québec et non pas du Canada ?

Au Canada la santé, comme l'éducation, est un champ exclusivement de compétence provinciale et il existe d'importantes variations d'une province à l'autre. Le Québec a une organisation de la santé publique qui n'existe pas ailleurs. La structure de santé publique comprend des départements de santé communautaire, par 3-400 000 personnes, et des centres locaux de santé communautaire par 40 000 personnes.

Dans ces derniers se trouvent de un à trois hygiénistes dentaires. Les autres provinces du Canada, comme aux États-Unis, ont instauré la fluoruration de l'eau qui couvre 60 à 70 % de la population alors que seulement 8 % de la population est couverte au Québec.

Les hygiénistes dentaires n'existent pratiquement

qu'au Québec mais malheureusement les denturologistes n'existent également qu'au Québec. Le Québec a donc vraiment une situation spécifique. Nous disposons d'enquêtes, au Québec, sur la santé bucco-dentaire pour différents groupes d'âges, principalement celui des 13-14 ans pour lequel elles ont été réalisées tous les 6/7 ans. Une enquête est réalisée maintenant auprès des 7-8 ans, en relation avec la mise en place d'un programme spécifique pour les enfants à risque de caries. Chacune des 16 régions du Québec dispose de données spécifiques et représentatives.

Dans les années 1965 à 1967, on observait une situation inacceptable avec des enfants âgés de 13 ans qui présentaient en moyenne 14 dents atteintes. L'ensemble de la bouche était carié sans aucun recours aux soins, puisque nous avions un taux de 1,4 % de traitement.

**Évolution de l'indice CAOD
chez les écoliers québécois de 13 ans
entre 1965-1967 et 1989-90**

| | 1965-67 | 1977 | 1983-84 | 1989-90 |
|--------|---------|--------|---------|---------|
| C | 12,5 | 4,9 | 0,9 | 0,3 |
| A | 1,1 | 1,4 | 0,1 | <0,1 |
| O | 0,2 | 2,2 | 4,4 | 3,8 |
| CAOD | 13,8 | 8,5 | 5,6 | 4,2 |
| O/CAOD | 1,4 % | 25,9 % | 78,6 % | 90,5 % |

L'évolution, jusqu'en 1990, montre une baisse des deux tiers du CAOD avec une composante "absente" pratiquement éliminée et une composante "obturée" majoritaire, 90,5 % des dents atteintes par la carie étant traitées. Pour les gens plus âgés, on observait une édentation complète chez 26 % de la population de 18 ans et plus et chez 76 % des 65 ans et plus. En ajoutant les édentations sur au moins un maxillaire, on obtenait un taux de 40 % de la population adulte.

Le ratio population par dentiste est resté à peu près stable entre 1931 et 1971, environ 3 700 habitants par dentiste, avec d'importantes disparités régionales. En 1971 on comptait un dentiste pour 10 677 habitants pour le Bas Saint-Laurent, la Gaspésie et les Îles de la Madeleine et un pour 2 446 habitants à Montréal. C'est seulement quand les grands centres ont suffisamment de dentistes que leur nombre croît dans les régions. Si on rapporte ce ratio au nombre d'heures tra-

vaillées dans l'année, 30/32 heures par semaine sur 46/47 semaines, on arrivait en Saint-Laurent-Gaspésie à 7,9 mn disponibles par personne. Comment faire alors quand on a des enfants avec 14 dents cariées?

Quelles stratégies avons-nous développées?

Les stratégies que je qualifierais de "bons coups".

- ◆ augmentation du nombre d'inscrits dans les facultés de Médecine dentaire,
- ◆ création d'une nouvelle profession bien intégrée au système : les hygiénistes dentaires,
- ◆ instauration en 1974 de la gratuité, qui existait déjà pour les autres services de santé, pour les enfants et les personnes les plus pauvres,
- ◆ structuration d'un réseau régional de santé dentaire publique et d'un programme national de santé dentaire publique souple,
- ◆ définition d'un objectif de santé dentaire dans la politique nationale de la santé et du bien être.

Une grande commission d'enquête en 1971 a permis de bâtir toute une structure de santé publique avec des départements de santé communautaire qui s'occupent de santé maternelle, de santé au travail et donc de santé dentaire car nous avons réussi à nous y insérer.

Pour avoir droit à cet objectif, nous avons dû fournir des données probantes de la situation et des moyens de la corriger. Cet objectif était la réduction de 50 % d'ici 2 002 du taux de caries chez les enfants. Tout cela a constitué une grande chance pour nous car nous avons eu accès à des programmes dont a découlé, par exemple, la création de réseaux de recherche en santé bucco-dentaire.

Le tout a été chapeauté depuis 1975 par un comité provincial de santé dentaire.

Celui-ci était fragile car il comportait des universitaires, des gens du Ministère, des gens des syndicats dentaires, des gens de la Santé publique et, selon les périodes, des conflits éclataient entre les uns et les autres.

Au même moment le gouvernement a élaboré une politique nationale comportant 19 objectifs, dont trois concernaient la santé publique : maladies infectieuses, taux de naissances des petits poids, santé bucco-dentaire.

Les stratégies que je qualifierais de “moins bons coups”.

◆ Une loi sur la fluoruration de l'eau qui n'a rien changé.

Nous avons énormément travaillé pour obtenir l'adoption d'une loi sur la fluoruration de l'eau en 1974.

Celle-ci disait que toutes les municipalités doivent instaurer la fluoruration de l'eau d'ici 1977. En 1977 rien n'avait été fait et les maires répondaient qu'ils ne pouvaient pas, que la population ne voulait pas. Un moratoire a été adopté par le gouvernement qui prenait à sa charge la dépense mais cela n'a rien changé. Nous en avons conclu qu'une loi doit venir de la base, celle qui vient d'en haut ne vaut pas une poignée de sucre.

◆ Une nouvelle profession qui fonctionne en parallèle : les denturologistes.

Il y avait des mécaniciens dentistes qui se promenaient de village en village pour réaliser des prothèses.

Il fallait régulariser cette situation. La profession de denturologiste a été créée comme telle, en parallèle et non pas sous l'égide du médecin dentiste. Un règlement disait que pour commencer un travail le denturologiste devait avoir un certificat du dentiste, délivré après examen buccal complet et radiologique, établissant que la situation était saine. Au bout d'un an le règlement ne fonctionnait plus et un amendement a été apporté à la loi permettant aux denturologistes de travailler en autonomie. Initialement cela était censé favoriser l'accès à la prothèse avec des tarifs charges moins élevés. En fait les tarifs des denturologistes sont égaux ou supérieurs à ceux des dentistes, ces personnes se déclarant spécialistes de la prothèse. Leur formation n'est pas universitaire. Cela a vraiment été un mauvais coup.

◆ L'absence totale de référence à la santé dentaire dans la Commission Castonguay-Nepveu, dans la Commission Rochon et dans les priorités nationales en Santé publique.

◆ Le manque de données probantes sur les résultats des programmes de gratuité qui a conduit à une coupure d'une partie des services.

Il est difficile de faire prendre en compte l'importance de la santé bucco-dentaire

dans les commissions d'enquêtes d'autant plus qu'il existe un manque de données probantes sur ce que l'on fait. En fait les seules données probantes dont on dispose ne portent pas sur les programmes mais sur les conséquences des coupures dont je vous parlerai.

Quelles ont été les répercussions des stratégies ?

La faculté de Montréal a augmenté son nombre d'étudiants. Augmenter, c'est facile, baisser après, ce n'est pas facile. Quand la faculté dentaire essaie de justifier auprès du rectorat qu'il faut 50 étudiants de plus celui-ci doit accepter le financement de 50 fauteuils de plus mais surtout engager des assistantes dentaires et des secrétaires syndiquées. Dans les années 90, à l'université Laval quand on a voulu réduire l'augmentation, l'université s'y est opposée car le personnel était là. Il faut donc avoir des projections à dix ou vingt ans plutôt que sur des périodes de trois ou quatre ans.

Évolution du nombre d'étudiants admis dans les facultés dentaires du Québec

| | 1960 | 1970 | 1971 | 1985 | 1995 | 2001 |
|----------|------|------|------|------|------|------|
| Montréal | 65 | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 |
| Mc Gill | 40 | 40 | 40 | 40 | 25 | 29 |
| Laval | 0 | 0 | 12 | 42 | 46 | 46 |
| Total | 105 | 125 | 137 | 167 | 156 | 160 |

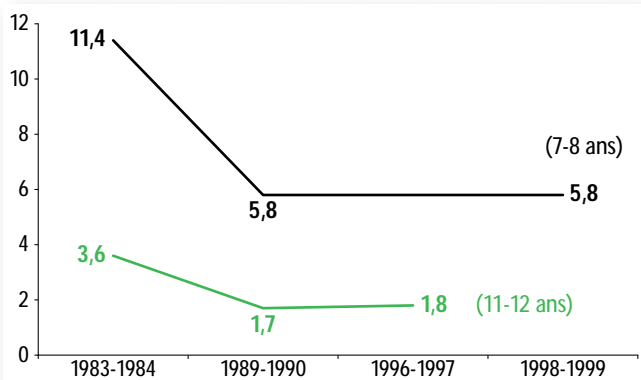
Le nombre d'étudiants a augmenté progressivement et depuis 1985, nous avons atteint une vitesse de croisière qui semble satisfaire les dentistes. Le nombre de dentistes par habitants, initialement de un pour 3 500 ou 4 000, a augmenté progressivement, il s'est stabilisé autour d'un pour 2 000. Le taux de recours aux soins se situe autour de 55 ou 60 % pour les adultes de 18 ans et plus, et autour de 90 % pour les enfants. En moyenne, les équipes dentaires se composent de 5,1 personnes, chaque dentiste disposant de 1,3 hygiénistes dentaires dans son cabinet, 1,5 assistantes dentaires, 1,3 réceptionnistes.

Évolution du ratio population par dentiste de 1971 à 2001 au Québec

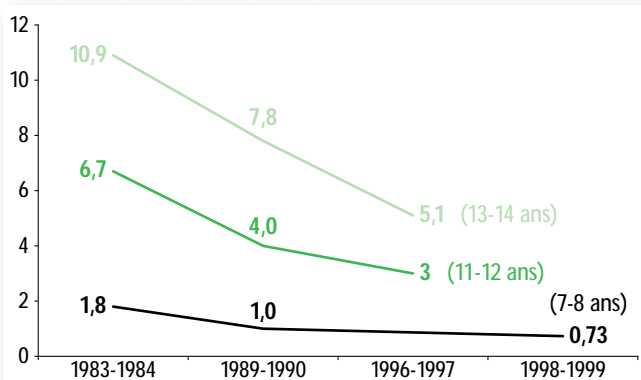
| 1971 | 1976 | 1989-90 | 1994-95 | 2000-2001 |
|-------|-------|---------|---------|-----------|
| 3 687 | 3 200 | 2 272 | 2 040 | 1 923 |

Cette équipe doit être prise en considération pour l'ensemble des services qui sont offerts. L'évolution de la situation régionale s'est traduite par un débordement du centre vers les régions. À Montréal le ratio dentiste/habitants a peu évolué avec depuis 1990, 10 % de dentistes en plus. Par contre pour le Saint-Laurent-Gaspésie il y a eu une augmentation de 61 % du nombre de dentistes. Cela tient aussi au fait que l'université Laval qui a été ouverte dans ces régions de l'est a recruté des étudiants de la région qui s'y installent préférentiellement.

Évolution de l'indice caof depuis 1983-1984 au Québec



Évolution de l'indice CAO F depuis 1983-1984 au Québec

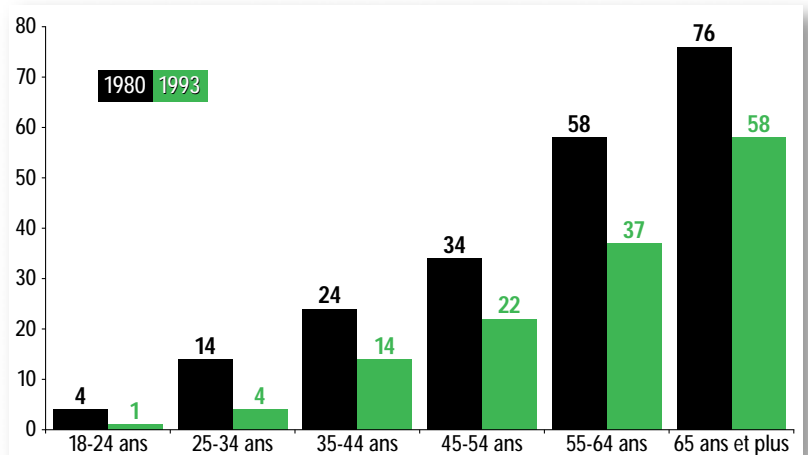


La carie en dentition temporaire a décliné mais nous avons atteint depuis 10 ans un plateau, les programmes ne modifient plus rien maintenant. La baisse observée en dentition permanente commence à ralentir et on va également vers un plateau.

Concernant l'édentation complète le résultat est assez merveilleux.

Il y avait 14 % de gens édentés chez les 25-34 ans en 1980. En 1993, chez ces personnes à 35-44 ans

Pourcentage des personnes complètement édentées, en 1980 et en 1993, en fonction de l'âge, au Québec



nous retrouvons le même taux. Cela veut dire qu'il n'y a pas eu de nouveau cas d'édentation complète. Nous retrouvons des évolutions comparables pour les différents groupes d'âge.

S'il se fait de la prévention dans les cabinets dentaires privés, un réseau provincial de Santé dentaire publique fonctionne, avec des gens rémunérés à plein temps pour y travailler. Les rémunérations des hygiénistes dentaires du réseau sont plus élevées que dans le secteur privé et celles des praticiens équivalentes au secteur privé.

Nous avons au niveau national un dentiste conseil au Ministère et trois dentistes conseils à l'Institut national de Santé publique.

Au niveau régional il y a 23 temps plein de dentistes conseils, certains exerçant en cabinet privé et travaillant à temps partiel dans le réseau, et 230 hygiénistes. Pour la France, il faudrait multiplier ces chiffres par sept ou huit, soit un budget d'environ 120 millions de dollars spécifiquement dévolu à la Santé dentaire publique.

J'ai oublié de dire qu'en 65-67 la sensibilisation du Ministère pour la mise en place de tout cela venait de l'Ordre des dentistes et de la Ligue d'hygiène dentaire.

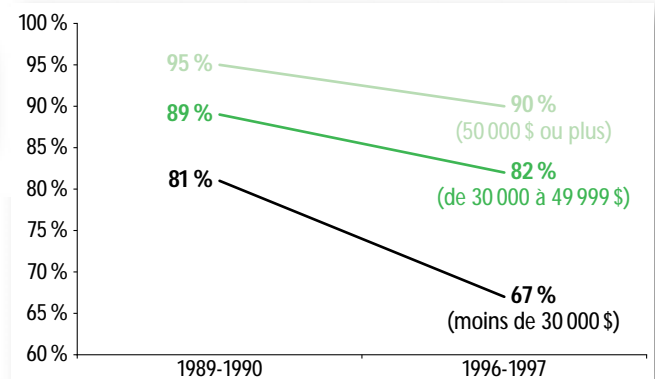
Les dentistes cotisaient auprès de la corporation et au sein d'une ligue d'hygiène dentaire certains faisaient de la prévention.

C'est cela qui nous a permis d'obtenir des données à l'époque.

La première approche a été la généralisation de l'éducation sanitaire et la promotion de l'hygiène bucco-dentaire. Dans les années 80-90, on a ajouté en milieu scolaire des programmes de bains de bouche fluorés hebdomadaires. De 1990 à 2003, 70 % des activités ont été consacrées aux enfants les plus susceptibles à la carie avec l'établissement d'un suivi individualisé en milieu scolaire comportant de l'éducation sanitaire et des applications topiques de fluorures.

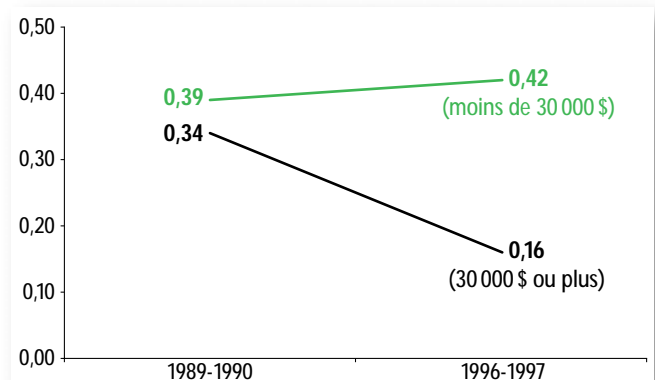
revenus elle s'est par contre traduite par une réduction importante de l'utilisation de ces services, qui a chuté de 14 %, dans la population la plus pauvre. Nous observons la même chose au niveau de la santé sur la composante C du CAOD en examinant les enfants de 12 ans.

Effets de la coupure sur l'utilisation des services : proportion d'enfants de 13-14 ans ayant consulté le dentiste depuis un an, selon le revenu familial (Québec)



Il y avait avant la coupure à peu près égalité du C entre les deux groupes. Après la coupure le C a diminué de 50 % dans le groupe à revenus supérieurs alors que chez les pauvres cette composante carie non traitée se dirigeant vers l'extraction a augmenté. Il aurait fallu mesurer, avant, l'impact des programmes élaborés et non mesurer, après, l'impact de la coupure.

Effets de la coupure sur l'état de santé bucco-dentaire : évolution de la composante C chez les enfants de 12 ans, selon le revenu familial (Québec)



La pauvreté, que ce soit pour les enfants ou les personnes âgées, avec la paro ou autres, est le facteur déterminant majeur des autres déterminants. La pauvreté détermine les habitudes d'hygiène, détermine l'utilisation des services etc. Nous avons 25 % d'irréductibles parmi les enfants les plus pauvres, ceux qui ont l'hygiène

On a utilisé un indice de priorisation pour détecter, dès l'âge de 5 ans, les enfants les plus sensibles à la carie. L'ensemble est supervisé par le dentiste de la région.

Pour 2003 à 2012, on veut conserver une activité propre à la santé dentaire, le suivi préventif individualisé, mais on s'aperçoit qu'il faut l'intégrer à l'ensemble des autres problématiques dans une démarche globale d'amélioration de la santé ; collaboration avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires communautaires, promotion de saines habitudes de vie, promotion et soutien des pratiques cliniques préventives, etc.

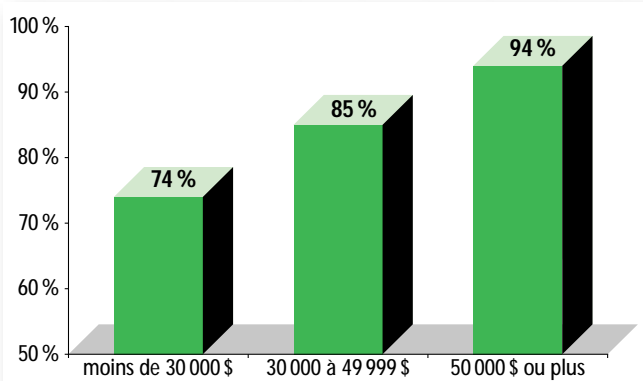
La couverture des services dentaires, qui assurait la gratuité, est entrée en fonction en 1974 pour les 0-7 ans et a été étendue progressivement, l'année suivante aux 0-8 ans, etc. jusqu'à 15 ans.

Quand on parle de gratuité de services dentaires, il convient de faire attention au fait que l'accessibilité financière aux soins n'amène pas nécessairement une égalité d'utilisation. La gratuité pour les enfants d'emblée jusqu'à l'âge de 15 ans aurait pu profiter aux gens de Montréal, mais pas à ceux de Saint-Laurent-Gaspésie compte tenu des 7,9 minutes de temps disponibles par personne. En commençant par les 0-7 ans, étant donné qu'il y a peu de caries avant 4 ans cela permettait une prise en charge des 4-7 ans dans cette région. Ensuite l'extension progressive s'est accompagnée de l'installation de nouveaux dentistes gradués qui a permis l'accessibilité.

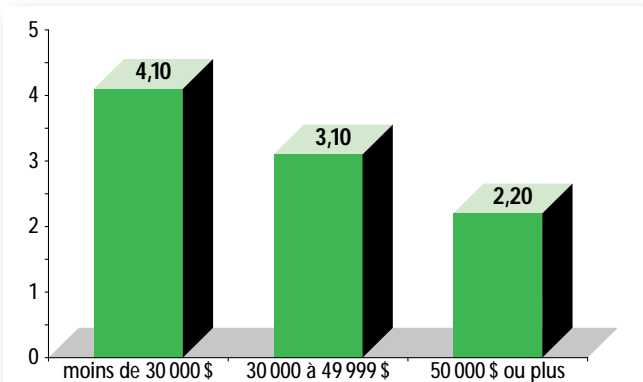
Le vent de la privatisation a entraîné en mai 1992 la décision de réduire la couverture en ramenant l'âge limite à 9 ans et 364 jours.

Nous avons étudié les conséquences de cette coupure. Pour les enfants de 13-14 ans si celle-ci n'a pas entraîné une variation importante d'utilisation des services dans les milieux à moyens et hauts

La pauvreté comme déterminant de l'utilisation :
pourcentage d'enfants de 6^e année ayant visité le dentiste
au cours de la dernière année, selon le revenu familial
(1996-97 - Québec)



La pauvreté comme déterminant de la carie :
CAOF chez les enfants de 6^e année
selon le revenu familial (1996-97 - Québec)



dentaire la plus pitoyable, ceux qui n'utilisent pas les services. Nous observons deux fois plus de caries chez les enfants de 6^e année dans les groupes de population aux revenus les plus faibles. Drôle de résultat!

On regarde maintenant le niveau de l'édentation et l'amélioration entre 1980 et 1993 selon plusieurs paramètres chez les personnes de 18 ans et plus. L'édentation était plus forte chez les femmes dans tous les pays. Ceci tient à la dimension esthétique. Les hommes restent avec leurs chicots alors que plus souvent les femmes pour cette raison préfèrent les remplacer par une prothèse. La réduction de l'édentation sur la période a été équivalente, environ 25 %, pour les deux sexes. Ce qui est intéressant en fait c'est de constater que l'édentation est corrélée avec le niveau de scolarité et avec le niveau de revenu et que sur la période d'étude il n'y a eu aucune évolution du niveau d'édentation pour les personnes ayant une scolarité faible ou des revenus faibles.

Pourcentage des personnes de 18 ans et plus,
édentées sur au moins un maxillaire,
en 1980 et en 1993, en fonction de leurs caractéristiques
socio-démographiques (au Québec)

| Caractéristiques socio-démographiques | % édentées 1980 | % édentées 1993 | Taux de variation entre les 2 périodes (%) |
|---|-----------------|-----------------|--|
| Femmes | 48 | 36 | -25 |
| Hommes | 39 | 29 | -27 |
| Taux de variation entre les deux catégories (%) | -19 | -19 | |
| Français | 48 | 36 | -25 |
| Anglais | 32 | 18 | -44 |
| Taux de variation entre les deux catégories (%) | -33 | -50 | |
| Scolarité la plus faible | 73 | 72 | -1 |
| Scolarité la plus élevée | 25 | 12 | -52 |
| Taux de variation entre les deux catégories (%) | -66 | -83 | |
| Revenu familial le plus faible | 39 | 45 | +15 |
| Revenu familial le plus élevé | 33 | 12 | -64 |
| Taux de variation entre les deux catégories (%) | -15 | -73 | |

Les leçons à tirer des 30 dernières années tiennent en deux grands points.

Pour que la santé dentaire soit une priorité il faut :

- ◆ disposer d'enquêtes fournissant des données probantes,
- ◆ évaluer les programmes plutôt que leur abolition,
- ◆ ne pas se contenter d'une loi, celle-ci ne change pas le monde,
- ◆ alimenter les décideurs et principalement les fonctionnaires seniors porteurs de dossiers avec des évidences, des outils, des arguments et des solutions d'actions,
- ◆ agir au niveau régional, car c'est là qu'on obtient le plus de succès,
- ◆ utiliser les médias, qui sont le meilleur atout quand on veut faire avancer les dossiers auprès des décideurs.

Pour une véritable Santé dentaire publique il faut :

- ◆ des ressources et du financement.

Le bénévolat n'est pas une solution, la prévention doit avoir sa couverture, son personnel.

- ◆ ne pas faire dans le secteur public ce qui peut être accompli dans le secteur privé.

La tendance avec les hygiénistes c'est d'essayer de reproduire dans le secteur public ce qui se fait dans le cabinet dentaire avec des approches individuelles.

Ce n'est pas ce qu'il convient de faire. Il faut privilégier ce qui est spécifique à la Santé publique c'est-à-dire les approches populationnelles et l'action sur les déterminants.

- ◆ Plus de collaborations et d'approches concertées.

En conclusion, je dirai que les mesures préventives en place ne suffisent pas à assurer la poursuite de l'amélioration obtenue jusqu'alors. La pauvreté existe et devient un nouveau champ

d'action. La lutte contre celle-ci s'appuie sur une intersectorialité avec le Ministère de l'Éducation et le Ministère des Revenus dans une approche centrée sur l'environnement social.

Cette approche doit être concertée avec les associations communautaires et caritatives mais également se fonder sur une concertation et une complémentarité entre le secteur public et le secteur privé.

Elle a pour but d'agir sur les valeurs des communautés et de proposer des solutions adaptées aux populations les plus défavorisées générant des accessibilités organisationnelle et psychosociale ; au-delà de l'accessibilité financière un cabinet dentaire où la personne pauvre doit se sentir à l'aise. Cela passe par une meilleure compréhension de la pauvreté.

La profession dentaire face à la pauvreté : Quels défis pour l'avenir ?



Professeur Christophe BEDOS
Département de Santé publique
Faculté dentaire
Université Mc Gill - Montréal

L'abondance des programmes sociaux au Québec n'a pas résolu tous les problèmes et la pauvreté en est un.

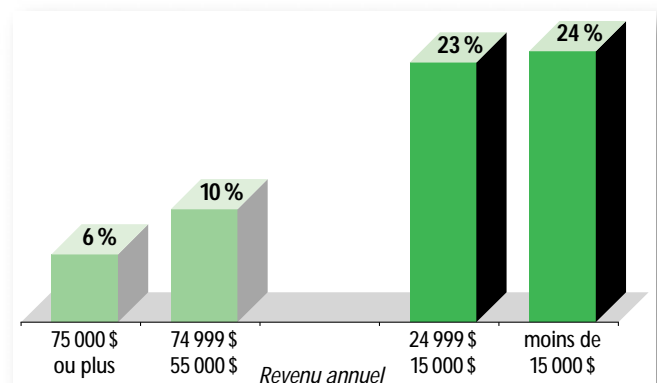
La pauvreté est un problème social puisque, sur environ 7 millions d'habitants que compte le Québec, 1,3 millions vit sous le seuil de faible revenu qui est généralement considéré comme le seuil de pauvreté. Parmi ces derniers, 550 000 connaissent une extrême pauvreté et, à ce titre, bénéficient d'une aide financière de l'État,

l'équivalent du RMI en France. Ils bénéficient également d'une couverture publique dentaire pour les soins de base. Quand ils consultent, ils présentent au dentiste une carte qui leur évite l'avance de frais, le dentiste se faisant directement rembourser par l'État.

Pour compléter les chiffres donnés par Jean-Marc BRODEUR sur la santé des plus pauvres, il est

Prévalence de l'édentement complet parmi les adultes de 35-44 ans

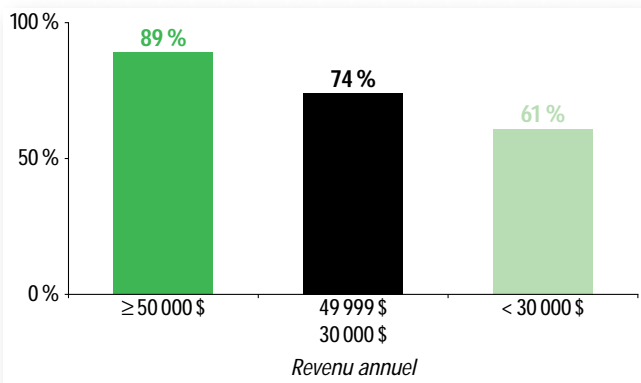
(Brodeur et al, 1995)



intéressant d'examiner la prévalence de l'édentement complet parmi les adultes de 35 à 44 ans en fonction du revenu. On s'aperçoit que le groupe à faible revenu présente un taux d'édentement largement supérieur à celui à revenu élevé, atteignant 24 % dans une population pourtant relativement jeune. Nous constatons donc un réel problème sanitaire lié à la pauvreté au Québec. Je ne m'attarderai pas sur les comportements d'hygiène ou l'alimentation de ces personnes, mais j'évoquerai leur recours aux soins.

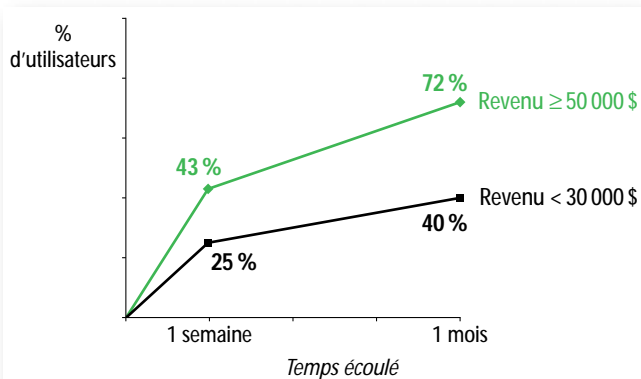
Plus leurs revenus sont faibles, moins les Québécois consultent un dentiste de manière préventive et plus ils attendent en cas de problème.

Visites préventives chez le dentiste des femmes de 30-45 ans



Lors d'une étude précédente, nous avons étudié le délai avant de consulter suite à un bris d'obturation : 43 % des personnes à revenu élevé ont consulté dans un délai d'une semaine et 72 % dans un délai d'un mois, alors que seulement 40 % des personnes à faible revenu ont consulté dans un délai d'un mois.

Visites symptomatiques "bris de plombage"
(Bedos et al, 2001)



Il y a quelques années, nous nous sommes demandé pourquoi les prestataires de la sécurité du revenu – l'équivalent des RMIstes – qui bénéficient de la gratuité des soins bucco-dentaires de base, ne consultaient pas de manière préventive et pourquoi ils attendaient en cas de problème dentaire.

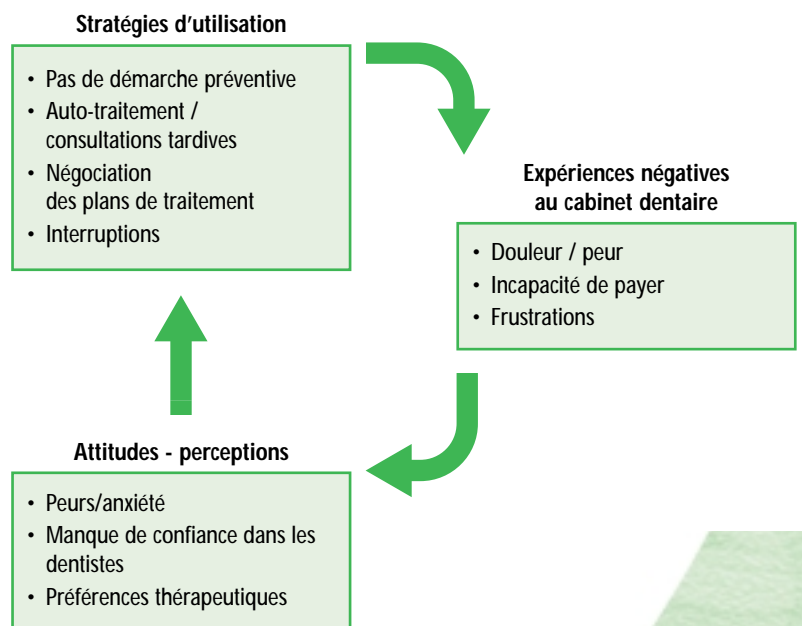
Nous nous sommes rendus dans des quartiers de grande pauvreté de Montréal pour réaliser une vingtaine d'entrevues en tête-à-tête avec des adultes prestataires de la Sécurité du revenu, soit à leur domicile, soit dans les locaux de groupes communautaires. Nous avons également organisé 8 groupes de discussion auxquels 57 personnes ont participé. Ces entrevues, réalisées en 2001 et 2002, ont produit les résultats suivants qui sont assez alarmants.

Pour répondre à ces questions, nous avons choisi des méthodes qualitatives plutôt qu'une approche classique de type épidémiologique.

Nous avons observé chez ces personnes un cycle de rejet du système de soins dentaires. Ce cycle comprend trois composantes :

- ◆ des stratégies d'utilisation caractérisées par le non-recours aux soins,
- ◆ des attitudes de rejet envers la profession dentaire,
- ◆ des expériences négatives au cabinet dentaire.

Le cycle de rejet du système de soins dentaires



En cas de problème, elles ont recours à l'auto-traitement avec des méthodes empiriques qui aident à supporter la douleur.

En premier lieu, les personnes en situation de pauvreté ne consultent pas de manière préventive, estimant qu'en l'absence de symptômes elles sont exemptes de caries et que, par conséquent, la consultation n'est pas nécessaire.

Elles ne se décident à consulter que tardivement, lorsque la douleur devient insupportable. Il arrive que ces personnes négocient les plans de traitement avec le praticien et demandent des extractions plutôt que des soins conservateurs. Par ailleurs, l'interruption des traitements est relativement commune lorsque, après une première visite chez le dentiste, la douleur a disparu.

Nous avons constaté beaucoup d'anxiété et de peur vis-à-vis du chirurgien dentiste : autant ces personnes ont une tolérance élevée au mal de dent, autant leur peur de la douleur au fauteuil dentaire est grande.

Un autre point inquiétant doit nous interpeller, c'est le manque de confiance accordée à la profession de chirurgien dentiste. Les personnes en situation de pauvreté trouvent que les dentistes ne les comprennent pas, qu'ils ne comprennent pas leur parcours et les difficultés qu'elles rencontrent. Elles trouvent que les professionnels privilégient leur intérêt personnel aux dépens de l'intérêt des patients. Par ailleurs, les personnes interrogées souhaitent obtenir des traitements rapides, peu chers et durables. En l'occurrence, elles préfèrent souvent l'extraction au traitement endodontique et s'orientent progressivement vers la prothèse complète qui devient la "chirurgie plastique des pauvres".

Les personnes interrogées nous ont décrit leurs expériences négatives au cabinet dentaire : expériences traumatisantes liées à la douleur, mais également du fait de leur incapacité à payer certains traitements, la couverture de base excluant les traitements endodontiques et les prothèses fixes. Elles se sentent souvent stigmatisées, humiliées par leur situation

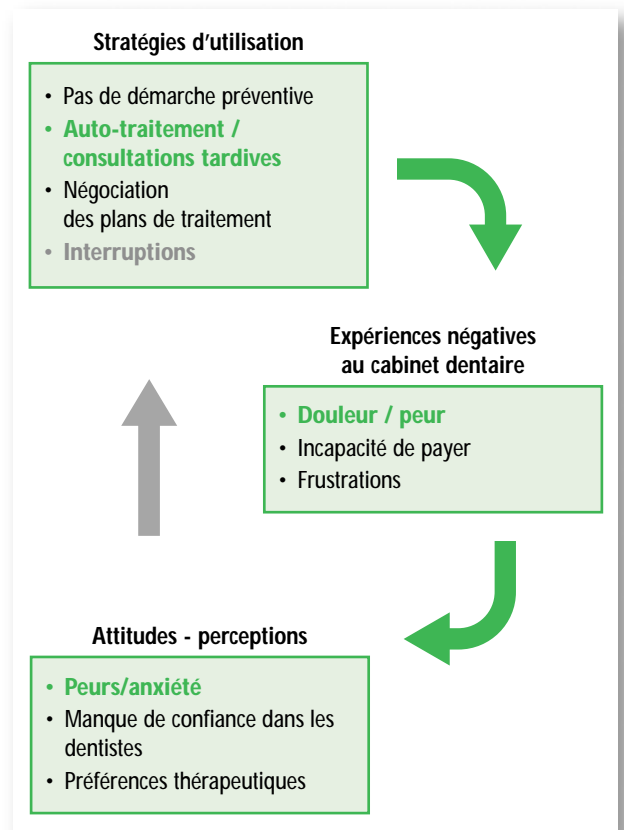
de pauvre, et rapportent parfois le sentiment d'être exclues, d'être traitées différemment des autres. Il faut savoir qu'aux États-Unis – nous n'avons pas les chiffres au Québec – une majorité de dentistes refuse de recevoir les personnes couvertes par le programme Medicaid qui est l'équivalent de notre programme au Québec.

Deux exemples illustrent ce cycle de rejet, et notamment la façon dont les stratégies d'utilisation sont liées à des attitudes de rejet, elles-mêmes liées à des expériences négatives au cabinet dentaire.

Premier exemple

Un adolescent consulte pour la première fois un dentiste en urgence. Il a hérité des stratégies de ses parents. La consultation se passe mal : il a peur, il a mal, il ressort traumatisé du cabinet dentaire. Cette expérience négative renforce ensuite ses peurs, son anxiété, héritage également de ses parents. Cette peur aura ultérieurement une influence sur ses stratégies d'utilisation : la personne a tellement peur qu'elle refuse de consulter et elle ne le fait qu'en dernier recours.

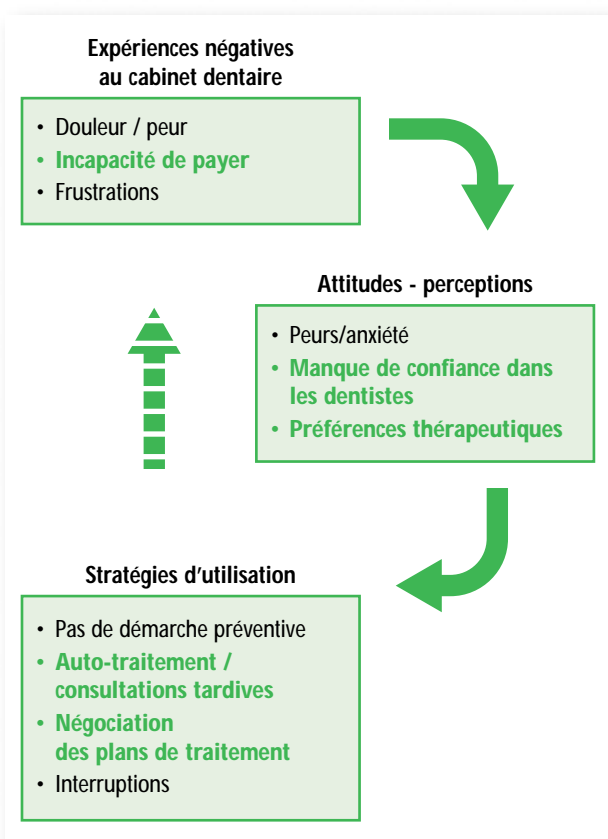
1^{er} exemple de fonctionnement du cycle de rejet du système de soins dentaires



Deuxième exemple

Le dentiste propose un traitement endodontique. Ce traitement n'est pas couvert mais la personne l'accepte en dépit de son coût élevé. Comme elle est incapable de payer, le traitement s'éternise. Au bout de quelques mois, des complications apparaissent et l'amènent de nouveau chez le dentiste qui procède alors à l'extraction. Les personnes dans cette situation réalisent que certains traitements ne sont pas pour elles, qu'elles n'ont pas accès à toutes les formes de soins ni de santé. Jusqu'à un certain point ces gens finissent par se résigner à accepter l'extraction.

2^e exemple de fonctionnement du cycle de rejet du système de soins dentaires



En faisant un parallèle avec les différents stades du processus d'entrée et d'établissement dans la pauvreté décrits dans les travaux de Serge Paugam, on s'aperçoit que cette résignation est une version sanitaire de l'appauvrissement. Au bout du compte, lorsque les frustrations s'accroissent, le discours du praticien est remis en cause : "Pourquoi m'a-t-il proposé un traitement alors que je ne peux y arriver?".

Des conflits naissent de cette situation, et cela

modifie les stratégies d'utilisation des personnes en situation de pauvreté : "Pourquoi consulter rapidement puisque le dentiste va me proposer un traitement de canal que je ne suis pas capable de payer? Autant attendre et faire arracher la dent!"

Face à une situation aussi problématique, la profession dentaire doit-elle agir?

Ma réponse est oui, et cela pour au moins deux raisons.

Premièrement la profession a pour devoir moral d'agir et de promouvoir la santé bucco-dentaire de l'ensemble de la population; deuxièmement, il en va de son intérêt, car ne rien faire lui ferait courir plusieurs risques.

Tout d'abord, elle risquerait de perdre la confiance de la société. On a vu, dans les années 60-70, des sociologues comme Freidson émettre des critiques à l'encontre de la profession médicale, notamment le fait qu'elle répondait mal aux besoins de la société. Cela pourrait maintenant se produire avec la profession dentaire. D'autre part, elle risquerait d'être menacée par des professions concurrentes et de perdre une grande partie de son autonomie.

Aux États-Unis, la profession l'a bien compris et deux documents parus ces dernières années l'illustrent bien : le rapport du Surgeon General, paru en 2000, insiste sur les inégalités concernant la santé bucco-dentaire; le rapport de l'Association dentaire américaine sur le futur de la dentisterie pointe le devoir social de la profession.

Je pense donc que les dentistes ont tout intérêt à réaffirmer leur rôle social.

Dans l'immédiat, je vois trois voies d'intervention de la profession.

L'action politique

La profession devrait se mobiliser pour élargir la couverture des soins bucco-dentaires et, d'une manière plus générale, s'impliquer dans la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales.

L'implication communautaire

Lors de cette étude, j'ai rencontré des intervenants sociaux désarmés qui appelaient à l'aide pour trouver des solutions concrètes et rapides. La profession devrait peut-être s'allier avec d'autres secteurs de la santé pour développer des projets communs de promotion de la santé, incluant notamment les soins.

L'harmonisation des relations dentiste-patient

À l'Université Mc Gill, où j'enseigne, nous essayons de former des dentistes "culturellement compé-

tents", c'est-à-dire capables d'écouter leurs patients, notamment les plus pauvres, et surtout de les comprendre. Cela signifie qu'ils doivent acquérir certaines compétences touchant l'empathie, la communication, l'éthique et le professionnalisme.

Pour terminer, j'ajouterai que la lutte contre la pauvreté nécessite que l'on fasse des recherches dans ce domaine. Là encore, j'encourage la profession dentaire à s'impliquer dans la lutte contre la pauvreté en soutenant les efforts des chercheurs.

Hygiéniste dentaire : un acteur reconnu de la santé bucco-dentaire en Suisse



Monique GERDIL
Directrice de l'école d'Hygiénistes dentaires - Genève

La naissance de la profession d'hygiéniste dentaire remonte très loin. Aux États-Unis, à la fin du XIX^e siècle, l'importance de soins de nettoyage et de détartrage pour la santé bucco-dentaire a été mise en évidence.

Alfred Cvilian FONES, connu notamment pour sa méthode de brossage, s'est vu très vite dépassé par les besoins de ces soins de nettoyage et de détartrage dans son cabinet dentaire parce qu'il souhaitait les proposer à l'ensemble de ses patients. Il a alors décidé de former son assistante dentaire à un travail en bouche, afin d'assumer une partie de ces soins.

Irène NEWMAN fut la première hygiéniste dentaire.

Le Docteur FONES voulait marquer l'importance de l'hygiène et voulait déterminer le champ spécifique dentaire.

La profession d'hygiéniste dentaire a connu au début de nombreux opposants aux États-Unis, mais elle s'est rapidement développée. En 1923 les hygiénistes dentaires formés se constituent en association, l'American Dental Hygienist Association, qui est devenue une association très importante aujourd'hui aux États-Unis.

C'est durant la deuxième guerre mondiale que les hygiénistes dentaires sont "importés" en Europe, avec les troupes américaines, pour prendre en charge la santé des pilotes d'avions en particulier.

La profession se développe dans les pays européens après la guerre.

C'est en 1961 que le Pr Hans MULHEMAN de l'université de Zurich, qui est l'initiateur de la médecine dentaire préventive en Suisse, engage Barbara BENSON une hygiéniste dentaire américaine et provoque le débat sur l'emploi de cette profession en Suisse.

En 1966, grâce à l'activité d'un certain nombre de praticiens en faveur de ce travail de l'hygiéniste dentaire, le travail est légalisé.

Des praticiens privés demandent la création d'écoles d'hygiénistes pour former des professionnels du cru car les hygiénistes dentaires amé-

ricaines disposent de nombreuses compétences professionnelles mais rencontrent un problème avec la langue et donc dans la communication avec les patients. Quatre écoles d'hygiénistes dentaires vont s'ouvrir en Suisse. Je précise d'ailleurs que notre école est la seule en Europe à donner son enseignement en français. Ces écoles offrent 250 places de formation.

Pour souligner la valeur du travail de l'hygiéniste en Suisse, je vous indique que le dernier congrès qui se déroule aujourd'hui à Saint-Gall, est organisé collectivement par Swiss Dental Hygienist et la Société Suisse de la Parodontologie et s'intitule : *"Travail d'équipe, la clé du succès en parodontologie"*.

En Suisse, l'hygiéniste dentaire a été amenée par des praticiens, elle est donc centrée au départ sur l'action au cabinet dentaire et fournit des prestations directes aux patients. Elle a un rôle de sensibilisation des patients à leurs besoins et favorise la compréhension de la nécessité du traitement et l'acceptation du traitement par le patient. L'hygiéniste dentaire est chargée du système de rappel des patients pour les contrôles. Le rôle de l'hygiéniste est aussi d'assainir le milieu buccal, généralement avant la réalisation des soins restaurateurs par le médecin dentiste.

L'équipe dentaire en Suisse se situe au niveau de celle du Québec, soit environ 5,2 personnes : le dentiste, l'assistante, une secrétaire, un technicien dentiste, une hygiéniste et peut-être encore des personnes en formation. L'hygiéniste actualise les méthodes, les moyens, les techniques d'hygiène bucco-dentaire préconisés au cabinet et peut participer à la formation des personnels du cabinet ; formation continue et formation de base.

Depuis les dix dernières années, l'hygiéniste dentaire développe un rôle dans la Santé publique hors du cabinet dentaire. Dans ce cadre elle peut participer et développer des programmes de prévention avec d'autres professionnels physiothérapeutes, diététiciens, pharmaciens. Elle peut également participer à la formation continue du personnel soignant, infirmiers, travailleurs sociaux, dans les centres hospitaliers ou dans les IMS en apportant son expertise dans le domaine de l'hygiène. Enfin, elle peut concevoir du matériel didactique pour la formation de personnels.

L'hygiéniste dentaire procède à des examens, des relevés d'indice, des mesures de profondeur de

poches parodontales. Elle évalue la situation du patient sur l'état général, sur l'état dentaire et parodontal. Elle tient aussi un rôle très important de dépistage au niveau des muqueuses.

L'hygiéniste planifie sa propre action, avec le médecin dentiste, pour mieux la situer dans la prise en charge globale du patient.

Elle peut procéder :

- ◆ au débridement, c'est-à-dire les mesures mises en œuvre pour supprimer les irritants locaux, etc.,
- ◆ au polissage naturel des dents,
- ◆ au polissage des obturations à l'amalgame et, éventuellement, au remodelage des contours des obturations,
- ◆ au scellement des fissures occlusales, sans élargissement du sillon dentaire préalable.

Elle peut réaliser des radiographies (rétroalvéolaire, bite-wing, ortopantomogramme) et tout matériel nécessaire à la documentation du cas du patient.

Elle peut appliquer des substances désensibilisantes, des fluorures, des anesthésiques et, depuis peu, procéder à des injections terminales sous la responsabilité du médecin dentiste. Cette nouvelle compétence s'est développée dans une nouvelle formation post-graduée.

Dans ce cadre-là, elle peut élaborer un programme de contrôle de plaque individualisé avec le patient, en adaptant les moyens, les techniques, les méthodes à la personne, à ses connaissances, à ses besoins. Elle peut donner une information au patient sur sa santé bucco-dentaire et c'est un élément extrêmement important car les patients ont souvent des difficultés à comprendre ou à évaluer eux-mêmes leur santé bucco-dentaire. Elle donne au patient les moyens d'agir, d'être acteur, partie prenante par rapport à sa santé. Elle peut élargir ses conseils à la santé en général. En Suisse, nous avons une campagne contre le tabagisme qui associe tous les cabinets dentaires, et tout le personnel du cabinet dentaire, dans laquelle nous allons jusqu'à proposer aux patients des mesures de cessation du tabagisme.

Les tâches éducatives représentent la partie importante dévolue à l'hygiéniste dentaire.

Pour réaliser la présentation d'aujourd'hui, j'ai sollicité l'avis de quelques praticiens employeurs que je connais, et je leur ai posé quatre questions différentes. En Suisse, il y a un dentiste pour environ 1 650 personnes (OMS, 2 000).

Les questions étaient les suivantes

En tant qu'employeur, qu'attendez-vous de votre hygiéniste ?

La réponse souvent entendue est que l'hygiéniste décharge des rappels périodiques. Le praticien attend d'elle un travail méticuleux mais intégré dans la prise en charge globale du patient. L'hygiéniste renforce l'optique et la perspective de prévention du cabinet et, inversement, le praticien renforce le travail de l'hygiéniste.

Avez-vous constaté une amélioration de la santé bucco-dentaire de vos patients depuis que vous avez une hygiéniste ?

Les réponses sont très positives même s'il y a parfois des insuccès et des patients irréductibles.

Comment présentez-vous votre collaboratrice aux patients ?

Les termes utilisés sont plutôt élogieux. Le médecin dentiste insiste sur le fait que le patient va voir très régulièrement l'hygiéniste puisque le taux de retour est important. Plusieurs médecins pensent qu'ils ne pourraient plus aujourd'hui travailler sans la collaboration de l'hygiéniste.

Quelles limites voyez-vous à l'activité de l'hygiéniste ?

Certaines limites sont imposées par les règlements. La Suisse est une confédération de cantons avec des règlements sanitaires différents d'un canton à l'autre. Un règlement d'emploi a toutefois été élaboré par la Société suisse d'Odonto-stomatologie qui est l'association des médecins dentistes regroupant quasiment 95 % d'entre eux, mais les limites peuvent être légèrement différentes selon les employeurs. Très souvent, le médecin dentiste vient contrôler, à la fin de la séance, le travail de l'hygiéniste et l'état du patient, pour décider ensemble de la suite. Cette prestation est prévue au tarif dentaire.

Les raisons pour lesquelles certains médecins dentistes n'emploient pas d'hygiéniste (soit 45 %) sont soit qu'ils préfèrent assumer ces tâches eux-mêmes, soit que leur clientèle est en nombre insuffisant pour pouvoir employer cette personne, soit qu'ils ne disposent pas de l'installation nécessaire pour pouvoir proposer une place de travail.

Enfin, il est parfois difficile de trouver une hygiéniste dentaire en Suisse car le marché du travail est extrêmement favorable aux hygiénistes.

Une enquête de satisfaction, commandée par la Société suisse d'Odonto-stomatologie, a été réalisée en 2001. 1 132 personnes âgées de 15 à 74 ans ont été interrogées dans toutes les régions linguistiques de Suisse. Les patients apprécient le travail de l'hygiéniste dentaire à un taux très important. Il faut savoir que tout le travail de l'hygiéniste dentaire est pris en charge par le patient lui-même, les assurances sociales ne le couvrant pas. Une thérapeutique de maintien d'un cas simple peut demander une heure.

Où peut-on trouver des hygiénistes dentaires ?

Dans les cabinets dentaires pour 95 %, mais on commence aussi à les trouver ailleurs dans les établissements médico-sociaux, les centres hospitaliers, les services dentaires scolaires et dans les écoles d'hygiénistes dentaires ou dans les universités disposant d'une faculté de Médecine dentaire.

Donc les possibilités de travail sont essentiellement dans le secteur privé.

Ce qui est intéressant c'est que dans les établissements médico-sociaux ou hospitaliers l'hygiéniste dentaire peut être placé sous la responsabilité de médecins et pas forcément de médecins dentistes car on ne trouve pas toujours ceux-ci dans ces institutions.

Pourquoi former des hygiénistes dentaires ?

La démographie des médecins dentistes suisses présente quelques problèmes, le nombre de ces derniers va diminuer de manière assez drastique.

On assiste aussi à la féminisation de la profession : chez les dentistes de moins de 30 ans, 40 % sont des femmes alors que chez les dentistes de plus de 50 ans, ce taux n'est que de 16 %. À l'horizon 2015 on se trouve devant un problème de démographie de la profession de médecin dentiste très important.

La formation des hygiénistes dentaires en Suisse est assurée par les quatre écoles, selon les mêmes critères : trois ans avec l'entrée au niveau Baccalauréat, environ 4 000 heures, moitié enseignement pratique et moitié enseignement théorique. Les deux premières années se déroulent à l'école à plein temps et la troisième

en stage en milieu professionnel avec des retours sur la théorie. La formation professionnelle est par ailleurs très valorisée en Suisse, il est donc possible d'accéder à nos écoles de niveau tertiaire par la formation d'assistante dentaire. Les trois quarts de notre effectif à Genève proviennent de cette profession.

Le salaire de l'hygiéniste

Il est défini par la Société suisse d'Odontostomatologie qui regroupe les employeurs.

L'hygiéniste dentaire se voit attribuer un salaire d'environ 30 % plus élevé que celui d'une assistante dentaire, égal à celui d'un physiothérapeute, plus faible que celui d'un instituteur.

39 % de médecins dentistes se disent prêts à engager davantage d'hygiénistes dentaires s'ils en avaient la possibilité.

Enfin, 12 des 26 cantons de la Confédération helvétique ont autorisé l'hygiéniste dentaire à une pratique indépendante. L'action de l'hygiéniste préventive, thérapeutique, éducative, est efficace.

Cette profession attractive est ouverte aux jeunes gens et jeunes filles mais, en réalité, l'effectif est à 99,5 % féminin.

Nous dénombrons 1 500 hygiénistes dentaires pour une population de 7 200 000 personnes.

La place et le rôle des auxiliaires de santé en Allemagne

Pr Andreas SCHULTE

*Responsable du département de Santé publique
Faculté de Chirurgie dentaire
Université d'Heidelberg*



En Allemagne, nous comptons environ 65 000 dentistes en activité, dont 63 % sont des hommes. Par contre, chez nos étudiants, nous observons une inversion de ce rapport avec un pourcentage de 65 % de femmes. Nous assistons, nous aussi, à une féminisation de la profession.

La population actuelle en Allemagne est de 82 millions de personnes. Nous avons donc 82 chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants ou 1 275 habitants par chirurgien dentiste.

Nous avons également une spécialité avec 500 chirurgiens dentistes salariés de l'État qui tra-

vailent en ville dans le domaine de la santé publique. Ils vont dans les écoles pour effectuer des contrôles et des examens sur les enfants et donner des conseils de prévention. Ils sont assistés par des auxiliaires dentaires, environ 1000, également salariés de l'État.

Actuellement, environ 1 700 étudiants en odontologie terminent leurs études chaque année.

Un chirurgien dentiste emploie en moyenne dans son cabinet 2,4 auxiliaires dentaires, 0,9 assistante en apprentissage, 0,2 prothésiste, 0,2 chirurgien dentiste.

Les fonctions principales de l'assistante dentaire en Allemagne sont :

- ◆ l'assistance permanente au fauteuil,
- ◆ la réalisation des différentes radiographies,
- ◆ la stérilisation et les mesures d'hygiène du cabinet,
- ◆ la coordination des rendez-vous avec les patients,
- ◆ la gestion du remboursement par les différentes caisses de Sécurité sociale,
- ◆ la coordination du travail des laboratoires dentaires et leur gestion.

Chez nous il n'est pas imaginable de traiter des patients sans assistante dentaire au fauteuil. D'ailleurs nos étudiants en clinique doivent s'assister dans la réalisation des soins.

L'activité professionnelle de l'assistant dentaire repose sur une base légale avec un règlement pour la formation au métier qui a été révisé le 4 juillet 2001, mais qui date originellement de 1939. Les détails de ce règlement ont été publiés. Le métier d'assistant dentaire est formellement reconnu par l'État. La formation dure trois ans. Elle a pour objets, entre autres : la gestion des patients, la prévention et la prophylaxie, la mise en œuvre de mesures accompagnantes pendant le diagnostic et le traitement, selon les directives et sous la surveillance du chirurgien dentiste, l'assistance lors du traitement dentaire, la radiologie et la protection contre l'irradiation ionisante.

Nous pouvons, nous, chirurgiens dentistes, déléguer certaines tâches à l'assistant dentaire comme :

- ◆ l'explication sur l'étiologie de la carie et des parodontites et sur la prévention de ces maladies,
- ◆ les conseils sur l'alimentation,
- ◆ l'information sur les mesures de fluoration à la maison,
- ◆ la motivation à une hygiène dentaire efficace,
- ◆ la démonstration et l'entraînement à l'hygiène,
- ◆ la révélation de la plaque dentaire et la rémotivation,
- ◆ l'explication des mesures d'obturation au fauteuil,
- ◆ la réalisation des clichés radiographiques.

Les assistants dentaires peuvent suivre une formation continue en participant à différents stages commandités par le Conseil de l'Ordre des chirurgiens dentistes. Ces stages sont par exemple : prophylaxie individuelle et de groupe (70 heures), scellement des sillons (30 heures), empreintes et provisoires (30 heures), administration au cabinet dentaire (100 heures).

Lorsque les assistants dentaires ont suivi ces modules de formation, les praticiens peuvent leur déléguer des tâches supplémentaires, comme :

- ◆ la réalisation des indices de plaque et d'inflammation gingivale,
- ◆ l'application locale de fluor avec gels ou vernis,
- ◆ l'élimination du tartre et de la plaque supra-gingivales,
- ◆ le polissage des surfaces dentaires,
- ◆ le scellement des sillons des dents non cariées,
- ◆ les empreintes de situation,
- ◆ la réalisation et le scellement des provisoires.

Pour devenir assistante dentaire cadre, appelée ZMF en Allemagne, il faut posséder le diplôme de base, avoir validé les stages de formation continue de prophylaxie, d'empreintes et provisoires, de scellement de sillon et administration, avoir exercé une activité professionnelle d'au moins deux ans au cabinet, avoir réalisé un certain nombre de mesures cliniques et avoir suivi un stage de perfectionnement de 200 heures dans une institution spécialisée validé par un examen final.

En Allemagne il y a également la possibilité pour les assistantes dentaires de devenir hygiéniste dentaire, mais c'est très nouveau et cette formation spécialisée propose peu de places. Les critères pour y accéder sont : avoir le diplôme supérieur d'assistante dentaire cadre, avoir exercé une activité professionnelle en tant qu'assistante dentaire cadre, avoir réussi le concours d'entrée. Je ne ferai pas de développement sur le métier d'hygiéniste dentaire car j'ai préférentiellement voulu cibler mon propos sur les assistantes dentaires.

Table ronde

Présidence :

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Présidente du Collège national des Enseignants odontologistes de Santé publique

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Je vous propose d'essayer de faire une synthèse en ressortant les idées clés et de dessiner certaines perspectives au travers de ces réflexions. Ce matin, nous avons eu un large panel d'expériences et pratiques de différents pays. Les expériences sont toujours intéressantes mais comme le disait Pierre LAFFORGUE, il ne s'agit pas nécessairement de copier ce qui se fait dans les autres pays. Il est important en France, avec la diminution de la démographie professionnelle, les interrogations vis-à-vis du numerus clausus, de l'élargissement de compétences et de nouveaux métiers, de mener une réflexion très approfondie. Avant d'avoir cette réflexion synthétique je pense qu'il faut laisser un temps pour les questions aux conférenciers.



Pr Jean-Marc BRODEUR

Ma question s'adresse à Madame GERDIL sur la profession d'hygiéniste dentaire. Au Québec, elle a été développée très près du dentiste au sein d'une vraie équipe et l'hygiéniste dentaire ne fait pas de diagnostic, ni de dépistage, ni d'examen général. Nous pensons qu'il y a suffisamment de travail avec le contrôle de l'hygiène, le contrôle de la plaque, le détartrage, pour que cette profession se limite à ces activités-là. Vous vous êtes avancée en précisant que dans certains cantons l'hygiéniste dentaire travaillait de façon autonome et j'y vois une approche de travail parallèle en opposition à une approche intégrée et un travail d'équipe. J'y vois un peu le danger des denturologistes chez nous. En médecine, le médecin généraliste est la porte d'entrée et tout s'organise autour de lui. Dans notre profession on dit il y a les spécialistes d'un côté, la prothèse d'un autre, l'hygiène encore ailleurs et ce morcellement m'apparaît dommageable.

Mme Monique GERDIL

En Suisse aussi, la profession d'hygiéniste dentaire a été développée très proche du dentiste. Elle est née de la délégation d'un certain nombre d'actes par le médecin dentiste à une personne moins diplômée, moins coûteuse de façon à faciliter l'accès aux soins. On a assisté au développement de cette profession qui a maintenant une maturité qui fait que l'hygiéniste souhaite par endroits travailler seule. Mais cette recherche d'autonomie est plutôt d'ordres administratif et décisionnel dans le sens où elle travaille quand elle veut et là où elle veut. Finalement elle recherche quand même une proximité

avec les médecins dentistes et des associations se forment, avec un hygiéniste qui peut répondre aux patients envoyés par plusieurs médecins dentistes. Le partenariat entre l'hygiéniste et le médecin dentiste n'est pas complètement rompu.

Pr Mounir DOUMIT

Ma question s'adresse au Professeur BACON. Lorsque vous faites allusion au dépistage précoce des problèmes orthodontiques, vous n'évoquez pas le rôle premier du dentiste ou du pédodontiste, avant les dépistages dans les écoles, qui à mon sens, doit savoir adresser précocement le cas indiqué pour l'orthodontie et bien sûr sélectionner correctement les cas, car on parle un peu d'excès.

Pr William BACON

Je suis d'accord avec vous mais le dépistage dans les écoles ne concerne pas que l'orthodontie. Les enquêteurs de l'UFSBD sondent la totalité des problèmes et orientent les patients en leur demandant d'aller chez le dentiste, le pédodontiste ou de prendre un avis orthodontique. Cet encouragement à la consultation spécialisée se fait de manière extrêmement large. Ainsi par exemple, dans les conditions de denture mixte, de petits encombrements à l'arcade inférieure peuvent parfois se résoudre spontanément ou peuvent s'aggraver et nécessiter une intervention orthodontique. S'il est demandé aux parents d'aller consulter le spécialiste et que ce dernier indique qu'il n'y a pas lieu d'intervenir, une certaine confusion ou un certain trouble risque de s'installer dans l'esprit des parents. Il est probable qu'un complément de formation des enquêteurs pour juger avec pertinence quel patient relève d'une consultation spécialisée pourrait être profitable à l'uniformisation du dépistage des malocclusions.

Pr Pierre LAFFORGUE

Il appartient au dentiste pédiatrique comme à chaque dentiste en cabinet, et non pas à un organisme de formation de santé, d'adresser un patient à l'orthodontiste. La profession toute entière, y compris les universitaires, ne doit pas attendre d'un organisme quel qu'il soit une orientation du patient chez l'orthodontiste, ce rôle lui revenant. Cela ramène à la formation qui permet de savoir à quel moment envoyer ou non l'enfant. Il faut être chirurgien dentiste et avoir des compétences orthodontiques donc avoir suivi un cursus complet pour avoir le droit d'envoyer ou non l'enfant chez l'orthodontiste. Ce point doit être revu dans le cadre du partenariat dont nous avons parlé, sur lequel je ne me prononce pas d'ailleurs.

Question de la salle

Le problème de la responsabilité des hygiénistes en Suisse n'a pas été évoqué notamment quand elles exercent seules.

Mme Monique GERDIL

L'hygiéniste employée au cabinet est sous la responsabilité du médecin dentiste pour tous ses actes. Des règlements cantonaux différents existent pour les hygiénistes indépendantes. Par exemple, dans le canton de Neuchâtel, l'hygiéniste indépendante peut réaliser les mêmes actes que celle qui est dépendante au cabinet den-

taire, sous sa propre responsabilité. Par contre, dans le canton de Zurich, l'hygiéniste indépendante ne peut traiter que des patients qui n'ont pas une anamnèse médicale compliquée, elle ne peut intervenir qu'au niveau sus-gingival et ne peut pas réaliser, par exemple, de radiographies. Certains règlements imposent des restrictions aux hygiénistes indépendantes selon les volontés cantonales.

Dr Michel DEVRIESE, coordinateur de la Fondation pour la Santé dentaire, Belgique

Nous n'avons pas d'hygiénistes en Belgique, mais nous avons l'impression que la plus forte demande d'hygiénistes vient essentiellement de la parodontologie, de gros cabinets faisant énormément de restaurations de prothèses fixes, et pas tellement de cabinets qui s'adressent aux populations défavorisées. Avez-vous l'impression que l'introduction de la profession d'hygiéniste, dans vos différents pays, répond véritablement à ce problème de santé publique qui est de s'adresser aux populations défavorisées qui ont des problèmes dentaires?

Pr Jean-Marc BRODEUR

Notre meilleur "coup" est d'avoir créé la profession d'hygiéniste. Un code définit 37 professions. Une profession est un groupe de personnes ayant une formation précise, un cadre professionnel et un ordre professionnel qui s'assure de l'acquisition des diplômes, du droit d'exercice et de la qualité des actes. Certaines professions fonctionnent avec actes autonomes et d'autres avec actes délégués. L'hygiéniste est une profession avec actes délégués, mais qui surveille les règles de formation et

de qualité des soins. Pratiquement tous les dentistes ont une hygiéniste chez nous. Elles ont une très forte préoccupation des patients les plus défavorisés. Des études ont montré une perception très positive de la profession par le public. Un dentiste qui n'aurait pas d'hygiéniste serait considéré comme ayant une approche globale fragile.

Pr Andréas SCHULTE

Je suis d'accord avec vous au sujet des hygiénistes. Mais, pour aider la population la plus défavorisée, nous avons besoin des assistantes dentaires. Sans elles ce serait impossible car il y aurait trop de travail et si le travail devait être réalisé uniquement par des dentistes cela coûterait beaucoup trop cher.

Mme Monique GERDIL

L'hygiéniste en Suisse a été amenée par les praticiens et pour les praticiens. C'est de façon relativement récente que l'hygiéniste occupe d'autres postes que celui de collaboratrice du médecin dentiste. Pour atteindre les classes les plus défavorisées, il faut sortir du cabinet puisque, vous le savez, en Suisse, les frais dentaires sont payés par les patients eux-mêmes. Donc nous allons maintenant dans les centres hospitaliers, les centres sociaux à la rencontre des personnes les plus défavorisées.

Dr Paul BATCHELOR

Je voudrais faire un point général. Je pense que nous sommes dans une société démocratique. La raison de la profession c'est l'autorégulation, mais quand la société change cette société voudrait se fonder sur le risque, c'est-à-dire les entrepreneurs. Les professions sont des magasins fermés et il est possible de déréguler certaines parties de la dentisterie. Pourquoi prendre la peine d'amener les gens à un contrôle minutieux obligatoire dans la politique. Dites seulement, il y a quelqu'un d'autre, laissons-le aller sur la place du marché. Nous pouvons le faire. Mais si un problème survient alors nous faisons quelque chose à son sujet. Mais si nous vivons dans une société déterminée à récompenser l'entrepreneur, la personne qui prend les risques, alors nous devons devenir un élément de cette société, pour seulement une personne parmi un millier de dentistes.

Dr Jean-Paul ESPIE, ASPBD

Il y a une interrogation sur le besoin d'un métier supplémentaire pour mener à bien des actions de prévention et ce de façon efficace. Aujourd'hui, le cabinet dentaire est un lieu de soins mais également un lieu d'éducation. Comment le praticien issu d'une formation très technique peut-il mettre en place cette éducation? D'autant plus qu'il doit prendre en charge les traitements et répondre aux urgences ce qui lui



demande du temps. De quelle façon le dentiste peut-il s'occuper de la santé dentaire de toute une population et pas seulement de la partie qui fréquente les cabinets? Comment est-ce que le praticien sort du cabinet? Lorsqu'un chirurgien dentiste fait un dépistage à l'école il ne fait qu'adresser l'enfant à un autre praticien qui va poser également un diagnostic. Il y a un diagnostic en trop. Comment travailler avec une autre profession pour avoir un premier tri ou test de dépistage sensible et ensuite la spécificité du traitement. Donc quel métier complémentaire avec quelle formation : une infirmière, une assistante dentaire un peu plus qualifiée, une hygiéniste dentaire?

Pr Jean-Marc BRODEUR

Vous pouvez vous demander qui peut le mieux vous aider pour vos problèmes cardiaques. On a posé la question aux adolescents : quelle est la personne qui peut le mieux vous aider concernant la prévention de la carie dentaire? Ils ont répondu : le dentiste, bien que l'hygiéniste dentaire soit présente dans les écoles depuis 20 ans. À ma première question, vous auriez probablement répondu "mon cardiologue".

Dr Jean-Paul ESPIE

Aujourd'hui à 4 ans la PMI dépiste, à 6 ans c'est la médecine scolaire. Comment met-on en place un dépistage dentaire dans les écoles accompagnant les dépistages qui sont faits sur d'autres pathologies? Aujourd'hui on ne le fait pas. Les caries du biberon sont dépistées à la PMI, pas chez le dentiste. Il est vrai qu'il vaudrait mieux que ce soit chez un dentiste. Mais concrètement, comment résoudre le problème? C'est vrai qu'on peut être très rigoureux en disant il faut BAC plus 10 ou plus 20 pour faire telle ou telle chose sauf que le professionnel avec BAC plus 10 ou BAC plus 20, et une formation très technique, ne trouvera pas forcément de motivation à faire des actes de prévention et d'éducation. Aujourd'hui beaucoup de choses ne sont pas faites. Pourquoi les scellements de sillons sont-ils peu pratiqués, comme nous l'indiquent les études de la CNAM? Comment alors développer les compétences nécessaires pour agir en direction de certaines populations notamment des enfants?

Pr Pierre LAFFORGUE

Je reviendrai sur trois points.

En premier lieu, cette diversité de la prise

en charge en matière de prévalence de la carie au niveau du développement de l'hygiène bucco-dentaire, et surtout du dépistage, marque qu'en France nous manquons cruellement d'une politique de santé publique adressée à la santé bucco-dentaire.

Deuxièmement, s'il y a dépistage, ce dernier doit être fait de façon uniforme et tous les "scrutateurs" doivent avoir les mêmes schémas, la même ligne d'examen, ce qui n'est absolument pas le cas.

Le troisième point était contenu dans mon propos d'introduction. À mon sens, il n'y a aucune interdiction à se faire aider, dans la mesure où on travaille en équipe et que la personne qui travaille avec nous va exactement faire ce que notre conscience nous dicte, dans un partenariat total, dans le respect des limites que l'on a su définir.

Nous avons à faire un gros travail en France sur la définition de la personne qui pourrait nous aider dans nos cabinets dentaires; quel serait son statut, quelles seraient ses compétences, quelle serait sa formation et qui l'évaluerait? Nous devons nous mettre à travailler ensemble sur ces points.

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Je crois qu'à ce titre, Monsieur BATCHELOR peut nous apporter son expérience. Il nous a en effet présenté l'aspect praticien, mais pas l'aspect oral éducateur ou oral promoteur au Royaume-Uni. Le dénominateur commun de ce que nous avons entendu ce matin sur l'expérience des autres pays est la notion d'équipe dentaire. Pour répondre dans cette orientation, je souhaiterais savoir quel est le rôle de ces métiers d'oral éducateur ou d'oral promoteur différents des hygiénistes.

Dr Paul BATCHELOR

L'éducateur en santé bucco-dentaire et le promoteur en santé bucco-dentaire sont deux travailleurs très importants qui tentent de travailler en dehors du cabinet dentaire. Les deux vont dans les écoles, les entreprises et les haltes garderies du secteur pour délivrer des messages de santé. Les promoteurs de santé jouent un rôle plus actif en essayant de changer les conditions ayant conduit à une mauvaise santé dentaire. Quel que soit le pays dans le monde c'est toujours la partie de la société la moins favorisée qui cumule le plus de maladies. Et pourtant, en tant que professionnel, nous ne prenons pas en

compte terriblement bien ce message quand nous essayons de le prévenir. Quand on regarde ce qui a conduit aux améliorations majeures en santé bucco-dentaire, très majoritairement on trouve la cause en dehors du système de santé dentaire. Et ce que les promoteurs en santé essaient de faire c'est de travailler avec d'autres institutions impliquées dans l'amélioration du bien-être des populations les moins favorisées. À mon avis les rôles du promoteur de santé, et dans une moindre mesure ceux de l'éducateur en santé, sont très génériques dans leur finalité. Ils ne sont pas spécifiques à la dentisterie. La composante dentaire est une toute petite partie. On peut se demander au bout du compte si elle est nécessaire. Et si quelqu'un veut donner des messages d'éducation ou autres, alors utilisons les personnes les plus appropriées qui se trouvent être les enseignants. Je préférerais avoir une composante dentaire dans tous les programmes scolaires plutôt qu'un message spécifiquement dentaire délivré par une personne formée au dentaire. Je ne pense pas que les promoteurs de santé ou les éducateurs en santé auront un rôle majeur à jouer dans le système de santé dentaire. Si nous améliorons l'environnement dans lequel les personnes se développent nous en tirerons autant de bénéfices que si nous commençons à délivrer des messages dentaires.

Des référentiels à la pratique

Ouverture



Dr Emmanuel NOUYRIGAT
AFSSAPS

Les recommandations de bonne pratique et les références médicales ont pour objet d'être des outils de maîtrise médicalisée permettant à terme une amélioration de la qualité et de l'efficacité du système de soins.

Les recommandations de bonnes pratiques sont des standards qui déterminent ce qui est approprié de faire lors de la mise en œuvre de stratégies préventives, diagnostiques et/ou thérapeutiques dans des situations cliniques données.

Les références médicales concernent des prescriptions médicalement inutiles, voire dangereuses. Elles sont rédigées à partir des recommandations de bonne pratique dont elles font partie intégrante. Historiquement il y avait les références médicales opposables qui étaient des références transmises au Comité Médical Paritaire National (CMPN) et rendues opposables par les partenaires conventionnels, mais ceci n'est plus d'actualité pour l'instant.

Les bonnes pratiques visent à proposer une stra-

tégie thérapeutique médicamenteuse optimale. L'objectif est donc d'obtenir un bon usage du médicament afin d'améliorer la qualité de la prise en charge, diminuer la iatrogénie et réduire à terme la morbi-mortalité.

Les commanditaires sont la direction générale de la santé et les organismes d'assurance maladie. Mais l'AFSSAPS peut s'auto-saisir, ce qui est d'ailleurs le cas pour la moitié des recommandations. Notamment le travail sur les recommandations en antibiothérapie dans différents domaines a été diligenté par le Directeur général de l'AFSSAPS en regard du contexte de résistances aux antibiotiques et de surconsommation. Quant à la recommandation sur l'antibiothérapie en odontostomatologie que j'évoquerai plus tard, celle-ci a été commanditée par les organismes d'assurance maladie.

Deux institutions étatiques sont chargées de rédiger des recommandations :

- ◆ l'ANAES (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) émet depuis plusieurs années des recommandations de bonnes pratiques, dénommées recommandations pour la pratique clinique. L'ANAES est plus spécifiquement responsable des recommandations médicales relatives à la prévention, au diagnostic et au suivi des malades. Elle intervient donc notamment en matière de chirurgie, de radiothérapie dans des maladies comme le cancer où les stratégies ne se bornent pas au médicament ;
- ◆ l'AFSSAPS est chargée de traiter les recommandations relevant du domaine du médicament.

Les recommandations de l'AFSSAPS sont établies à partir des données scientifiques actualisées, des évaluations réalisées pour l'autorisation de mise sur le marché des médicaments et des évaluations ayant permis de déterminer le service

médical rendu. La méthodologie de l'AFSSAPS est calquée sur celle de l'ANAES qui a été éprouvée et est solide.

Les recommandations donnent lieu à deux documents :

- ◆ L'argumentaire : document de base de quelques dizaines à une centaine de pages contenant de nombreuses références bibliographiques il donne sens aux recommandations.
- ◆ Les recommandations de bonne pratique : synthèse de l'argumentaire, de cinq à vingt pages, qui reprend les recommandations de bonnes pratiques.

Dans un premier temps, un groupe de travail est chargé d'élaborer le texte. Le document est ensuite analysé par un groupe de lecture qui va émettre une critique constructive. Le texte est de nouveau confié au groupe de travail qui prend en compte les commentaires du groupe de lecture.

Le comité de Validation (comité permanent interne à l'AFSSAPS) est ensuite amené à valider le texte tant sur la forme que sur le fond. À l'issue de cette étape, le texte est confié à la commission de la Transparence qui donne son avis auquel seront associés les commentaires du LEEM (syndicat des entreprises du médicament).

Après signature du texte par le directeur général de l'AFSSAPS, celui-ci pourra être diffusé.

Le groupe de travail est composé d'une quinzaine d'experts (hospitaliers, libéraux) et comprend un président et un chargé de projet qui réalise la plus grande part du travail.

Ce chargé de projet est responsable de la rédaction du texte sous le contrôle et selon les directives du président et du groupe de travail. Un responsable de projet interne à l'AFSSAPS encadre les groupes de travail et assure la coordination administrative et scientifique du projet.

Les recommandations reposent pour une très grande part sur la bibliographie. La recherche bibliographique requiert la consultation de bases de données, Medline, Embase et Pascal au minimum sur les cinq dernières années.

La sélection des articles est effectuée par le chargé de projet et par le président du groupe. Chaque étude se voit attribuer un niveau de preuve selon une échelle allant de 1 pour la meilleure qualité à 4 pour la moins bonne. L'argumentaire mentionne le niveau de preuve scientifique fourni par la littérature. Ce niveau de preuve est ensuite transposé pour les recommandations dans une échelle de grades (A, B, C) qualifiant la force de la recommandation. Le texte des recommandations attribue à chaque recommandation un grade.

Si le grade A correspond à une preuve scientifique établie, le grade B constitue malgré tout un bon niveau de preuve et les recommandations de grade C, donc de faible niveau de preuve, ne doivent pas être non plus négligées.

Les grades sont à la base des recommandations. Ce sont eux qui confèrent à une recommandation sa validité scientifique.

Lorsque la littérature manque ou que les études sont de mauvaise qualité, le groupe de travail peut rechercher l'existence d'un consensus professionnel et émettre une recommandation par accord professionnel.

Il appartient au chargé de projet d'analyser les études pour apprécier leur qualité méthodologique et leur niveau de preuve à l'aide d'une grille d'analyse d'articles.

Grade des recommandations

| Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques) | Grade des recommandations |
|---|---|
| Niveau 1 - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées | A Preuve scientifique établie |
| Niveau 2 - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohorte | B Présomption scientifique |
| Niveau 3 - Études cas-témoins Niveau 4 - Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas | C Faible niveau de preuve |

Après que le groupe de travail a rédigé le texte, ce dernier est examiné par le groupe de lecture.

Le groupe de lecture est composé d'une trentaine d'experts à qui il appartient de relire le texte et de formuler des critiques constructives en apportant des arguments complémentaires ou contradictoires étayés par la littérature. Ils doivent évaluer la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité du texte au moyen d'une grille de lecture adaptée. Une fois que le groupe de travail a remanié le texte en tenant compte des commentaires du groupe de lecture celui-ci passe à la validation.

Le Comité de Validation est constitué des présidents des différentes commissions (AMM, Transparence, Pharmacovigilance, Observatoire national des prescriptions et consommations des médicaments dans les secteurs ambulatoires et hospitaliers), de spécialistes ainsi que de généralistes. Il incombe au comité de valider les recommandations sur la forme et sur le fond. Le choix et la place de chaque terme sont autant d'aspects déterminants auxquels le comité de validation doit se montrer attentif.

Après avis de la Commission de la Transparence et du LEEM, le directeur général peut donner son accord et permettre ainsi la diffusion du texte d'abord au cabinet du ministre puis aux commanditaires (DGS, DSS, DHOS, organismes d'assurance maladie), à l'ANAES et enfin à la presse médicale spécialisée ou généraliste.

Le texte est également installé sur le site Internet de l'AFSSAPS.

En conclusion, la recommandation de bonne pratique a pour vocation d'améliorer les pratiques et doit être à la fois :

- ◆ une synthèse des situations cliniques rencontrées ;
- ◆ un outil de formation continue pour le médecin ou le dentiste ;
- ◆ un document d'aide à la prise de décision pour le praticien ;
- ◆ un texte évolutif appelé à être régulièrement révisé.

La première recommandation à laquelle j'ai contribué concernait la prescription d'antibiotiques en odontologie et stomatologie. Émise en janvier 2002 elle actualisait la recommandation de l'ANAES datant de 1997. Elle est disponible sur le site de l'agence dans la rubrique "documentation et publications". Dans un contexte de surconsommation d'antibiotiques et de résistance croissante des bactéries, il importait de limiter l'usage des antibiotiques aux situations cliniques pour lesquelles l'efficacité était réellement démontrée.

Évaluation nationale française de la variabilité inter-praticiens des décisions diagnostiques et thérapeutiques en cariology



Dr Sophie DOMEJEAN-ORLIAGUET,
Maître de conférences - UFR d'Odontologie
Université Clermont 1



Dr Stéphanie TUBERT-JEANNIN
Maître de conférences
UFR d'Odontologie
Université Clermont 1

La variabilité des décisions diagnostiques et thérapeutiques a déjà été étudiée dans de nombreux pays (pays nordiques, États-Unis, Royaume-Uni, Australie, Mexique). Par contre aucune étude n'a été menée sur ce sujet en France bien que les incidences économiques et sanitaires de cette variabilité soient considérables.

Cette étude a pour objectif d'évaluer les critères de décisions diagnostiques et thérapeutiques utilisés par les praticiens en France pour les lésions carieuses initiales, proximales et occlusales.

Nous avons utilisé un questionnaire, conçu par Espelid et collaborateurs, qui a été principalement employé dans des études réalisées dans

les pays nordiques. Ce questionnaire a été traduit en français en respectant une procédure de traduction et de contre traduction pour éviter tout contre sens et permettre la comparabilité. La version française du document a été testée lors d'une phase pilote menée à la faculté dentaire de Clermont-Ferrand.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale portant sur la population des chirurgiens dentistes omnipraticiens de moins de 65 ans en activité en France métropolitaine. Un échantillon de 2003 praticiens a été obtenu par sondage aléatoire simple à partir du fichier de l'annuaire dentaire. Ces praticiens ont reçu le questionnaire en juin 2002.

Après envoi d'une lettre de rappel, le taux de réponse à l'enquête s'élève à 41,4 %. En comparaison aux taux de réponse, entre 70 % et 80 %, constatés en Norvège ou en Suède lors d'études similaires, ce taux s'avère nettement moins favorable. Par contre ce taux de 41,4 % est comparable à ceux obtenus dans des enquêtes médicales de même nature réalisées en France qui se situent entre 40 et 50 %. Ceci montre qu'il y a un certain retard en France pour l'implication des praticiens dans ce type d'évaluation.

Nous commençons par les résultats concernant les stratégies de traitements restaurateurs pour des lésions proximales. Nous avons proposé aux praticiens 4 images radiographiques représentant différents stades d'évolution de lésions carieuses et nous leur avons demandé à partir de quel stade ils estimaient nécessaire de réaliser une obturation.

Dans plus de 80 % des cas, les praticiens choisiraient une intervention chirurgicale pour une lésion confinée à l'émail. Une comparaison de ce résultat avec celui qui avait été obtenu en Suède et en Norvège en 1995 et 1996 montre que les praticiens scandinaves ont tendance à différer le seuil du traitement restaurateur pour des lésions beaucoup plus avancées et en fait franchement dentinaire.

Dans un second temps, nous avons interrogé les praticiens sur le type de préparation cavitaire qu'ils réaliseraient pour la plus petite lésion qu'ils ont décidé de traiter de façon invasive. On constate que près de 55 % des praticiens réaliseraient une cavité occluso-proximale. Il est surprenant de noter que 12 % de praticiens réaliseraient une cavité de Black. Les hommes ainsi que

les dentistes ayant participé à des sessions de formation permanente en cariologie dans les cinq dernières années réaliseraient plus fréquemment des cavités tunnels.

Nous avons ensuite interrogé les praticiens sur le type de matériau qu'ils utiliseraient pour l'obturation de la cavité précédemment réalisée dans le cas d'un adulte jeune présentant un faible risque carieux. L'amalgame est plus utilisé par les dentistes de plus de cinquante ans et par ceux qui n'ont pas participé à des sessions de formation permanente en cariologie.

Les mêmes questions ont été posées pour des lésions carieuses occlusales.

Nous avons soumis des images occlusales et proposé un descriptif de la radiographie rétrocoronaire qui indiquait le niveau d'atteinte dentinaire. 50 % des praticiens interviendraient pour des lésions strictement amélaire sans atteinte dentinaire diagnosticable sur une radiographie rétrocoronaire.

La comparaison de ces résultats avec ceux des études scandinaves révèle, dans ce cas également, que les praticiens scandinaves ont tendance à intervenir pour des lésions dont le stade est plus avancé et dont le développement se situe au niveau du tiers externe de la dentine.

61 % des praticiens réaliseraient une cavité limitée au curetage. 36 % réaliseraient une cavité de Black avec des extensions dites prophylactiques à tous les sillons. Les dentistes de plus de cinquante ans sont portés à réaliser plus de cavités traditionnelles de Black que les autres praticiens. Pour un adulte jeune à faible risque carieux, le matériau choisi est le composite.

Les dernières questions portaient essentiellement sur la détection des lésions précoces occlusales. Un document photographique comportant une vue clinique et une image radiographique de deux dents différentes était proposé aux praticiens. La vue clinique et la radiographie sont actuellement les seuls éléments de détection validés pour le diagnostic d'une lésion occlusale.

Le matériau majoritairement choisi est le composite.

Il était demandé aux praticiens de poser un diagnostic sur la présence ou non d'une lésion carieuse et, en cas de carie, si celle-ci était amélaire ou dentinaire. Les résultats présentent une forte dispersion. Le diagnostic quant aux lésions carieuses occlusales connaît une grande variabilité. Cela entraîne une forte variabilité des décisions thérapeutiques invasives ou non.

Ces résultats donnent un aperçu de la philosophie des praticiens français en matière de traitement. Il convient toutefois de signaler une limite inhérente à ce type d'enquête : les décisions thérapeutiques annoncées dans le cadre d'enquêtes par questionnaire sont souvent différentes des décisions prises dans la pratique quotidienne au fauteuil.

Il existe une grande variabilité entre les praticiens pour les décisions diagnostiques et thérapeutiques en cariologie. La décision de traitement par la dentisterie opératoire est prise pour des lésions carieuses de stade très précoce.

Cette étude constitue une première étape. Il sera intéressant de développer d'autres étapes à plusieurs fins.

- ◆ déterminer les facteurs causaux de la variabilité ;
- ◆ déterminer les facteurs causaux de l'intervention précoce ;
- ◆ envisager une harmonisation des pratiques ;
- ◆ envisager une évolution vers une dentisterie moins invasive ;
- ◆ évaluer l'évolution des pratiques en répétant ce type d'enquête.

En quoi cette étude trouve sa place dans une journée de santé publique ?

Il est aujourd'hui proposé d'instaurer une visite obligatoire en cabinet dentaire pour les enfants âgés de six et douze ans.

Or si la variabilité est aussi importante que l'enquête tend à le montrer, c'est un peu ennuyeux pour une telle démarche. L'amélioration de la santé dentaire des enfants dans le cadre de visites systématiques implique une sensibilisation des praticiens à la nécessité d'une harmonisation et au développement des techniques alternatives aux solutions opératoires, c'est-à-dire au développement de la dentisterie préventive.

Démarche individuelle et collective du dépistage précoce de la lésion carieuse



Pr Mounir DOUMIT
Faculté de Médecine dentaire
Université libanaise

Ma présentation, qui est tout à fait en relation avec la présentation précédente, concerne le diagnostic précoce de la carie infra clinique qui permet la mise en œuvre des techniques de reminéralisation et surtout de prévention.

Actuellement le diagnostic clinique repose sur deux moyens :

- ◆ l'inspection visuelle ;
- ◆ l'inspection au moyen de la sonde.

Cette dernière ne détecte pas la carie et peut même, dans le cas d'une action forcée, être "initiatrice" d'une carie occlusale en provoquant la cavitation d'une lésion débutante. Ces deux moyens ne détectent au mieux que des lésions de décalcification de l'émail comprises entre 200 et 300 microns.

L'examen complémentaire par radiographie conventionnelle, bite-wing pour la recherche des lésions proximales cliniquement indétectables, ne détectera lui des lésions qu'à partir d'une taille de 500 microns.

Depuis les années 1990, plusieurs moyens de détection des caries occlusales ont vu le jour. On

a en effet constaté que 12 % à 15 % des caries interproximales et 38 % des caries occlusales échappent à l'examen clinique et radiologique. Parmi ces techniques, il convient de citer la transillumination avec une fibre optique, la fluorescence laser, ainsi que des procédés chimiques commercialisés récemment par diverses firmes.

La **transillumination (FOTI)** est fréquemment employée lors des dépistages dans les écoles, mais n'est pas passée dans la pratique clinique alors qu'elle représente une aide au diagnostic reconnue. Des études récentes publiées dans *Journal Dental Research* et *caries research* montrent que cette technique, simple d'emploi, est efficace et devrait être intégrée à la routine clinique. Les lésions sont diagnostiquées par des taches foncées ou des ombres perçues. Si la lésion est précoce, une tache blanchâtre apparaît. Les lésions carieuses provoquent en effet une augmentation de la dispersion lumineuse et une augmentation de l'absorption lumineuse.

Une firme allemande a récemment commercialisé un deuxième système : le "diagnodent", qui exploite la même particularité physique liée à la réflexion de la lumière.

À l'aide d'une sonde éclairante, que l'on doit placer au contact de la dent sans exercer de pression, on projette une fluorescence laser de 655 nm. La lumière réfléchie est captée par la sonde. En cas de carie l'appareil révèle un écart acoustique ainsi qu'un écart sur un cadran visuel. Pour une plus grande précision il convient d'effectuer avec la sonde de légers mouvements pendulaires. Le calibrage est très facile soit en bouche sur une face vestibulaire séchée et nettoyée soit sur une dent naturelle livrée avec l'appareil. L'évaluation clinique la plus récente, par FARGE dans *réalités cliniques* et LUCY dans *caries research* (1999) montre la supériorité de ce système. Celui-ci facilite le diagnostic et la prise de décision thérapeutique.

Le **Clinpro-Cario L-pop** est un procédé chimique nouvellement commercialisé. Il s'agit d'un écouvillon indicateur de la présence d'acide lactique. Il est demandé au patient de se brosser les dents normalement, sans fournir d'efforts supplémentaires, avec sa pâte dentifrice habituelle. L'examen doit être effectué dans les deux heures qui suivent le brossage. On prend notre écouvillon qui est un coton tige et on le fait tourner 4 fois sur le dos de la langue du patient. Puis on le replace

dans un capuchon dans lequel il sera imbibé d'une solution spéciale. On attend 2 minutes que le coton tige se colore. Puis on compare la couleur au référentiel de 9 couleurs que le fabricant a fourni. Les couleurs vont du violet le plus clair au violet le plus foncé. Les couleurs 1,2,3 les plus claires indiquent un faible risque carieux. Les couleurs 4, 5, 6 signent un risque carieux moyen. Les valeurs 7, 8 et 9, les plus foncées marquent un risque carieux élevé. Ce procédé présente des analogies avec le test salivaire mais a l'avantage d'être plus simple et plus rapide. En vue d'assurer le résultat, le fabricant fournit des *control swabs*. Il s'agit de cotons-tiges qui permettent de contrôler l'action du praticien.

Un autre procédé, le **clinpro cario diagnosis**, est appliqué à l'ensemble de la bouche. Il s'agit d'un alginate spécial dont la commercialisation est récente. La manœuvre qu'il requiert est très simple. Il est là aussi demandé au patient de se brosser les dents avant. L'alginate est mélangé avec une solution spécifique livrée par le fabricant. Une empreinte est ensuite réalisée avec cette préparation. La prise du matériau dure environ 2 minutes. Les régions sujettes aux caries seront matérialisées par une coloration violette du matériau.

J'ai expérimenté récemment ce procédé et il me semble prometteur.

Soins bucco-dentaires chez les diabétiques de type 2, dans la Nièvre

Dr Didier COUPE

Chirurgien dentiste conseil - Échelon local du service médical de la Nièvre - CNAMTS



Je présente une étude réalisée par le service médical de la Nièvre. La Nièvre est un tout petit département, très rural, du centre de la France.

Je voudrais montrer que dans ces départements on peut réaliser des études et surtout mettre en place des actions de Santé publique.

Le diabète constitue aujourd'hui un problème majeur de Santé publique. Ses incidences humaines, sociales et économiques sont considérables. Le diabète est, dans les pays industrialisés, la quatrième cause de décès. En 1998, la France comptait 1,5 million de diabétiques. Ils étaient 2 millions en 2002. On estime leur nombre à 3 millions en 2025. Outre ces données, on considère que 800 000 personnes diabétiques ne sont pas diagnostiquées. Le diabète est une maladie à multiples complications parmi lesquelles figurent des pathologies bucco-dentaires.

Parmi ces dernières, il faut citer les deux principales complications :

- ◆ L'aggravation de la maladie parodontale : le diabète augmente le nombre de poches profondes et provoque une destruction parodontale supérieure chez les malades au bout de 3 ans ;
- ◆ l'augmentation de la prévalence des candidoses lorsque la maladie n'est pas ou mal équilibrée.

Il est intéressant de noter que l'interaction est réciproque. Une étude menée en 1996, par Grossi et collaborateurs, a mis en évidence que le traitement des maladies parodontales infectieuses favorisait un meilleur contrôle du diabète. Cela n'est pas encore scientifiquement démontré, d'autres études doivent valider cette observation.

Il est donc recommandé que l'odontologiste joue un rôle dans la prise en charge pluridisciplinaire du patient diabétique.

Deux objectifs ont été retenus dans le cadre de l'étude :

- ◆ vérifier la qualité de l'information délivrée aux diabétiques de type 2 par les professionnels de santé, médecins généralistes et diabéto-logues, présents au début de la chaîne, sur la nécessité d'un suivi bucco-dentaire et sur les interactions entre le diabète et les pathologies bucco-dentaires ;
- ◆ analyser l'état buccal et les besoins en soins de la population diabétique.

Nous avons étudié la population des diabétiques de type 2 du département de la Nièvre affiliés au régime général et bénéficiant d'une prise en charge à 100 % au titre de l'ALD (Affection Longue Durée) depuis un an. Les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes souffrant de pathologies invalidantes et les édentés complets ont été exclus du périmètre de l'étude. Nous avons constitué un échantillon de 35 malades. Ils ont été examinés par un chirurgien dentiste conseil. Comme référentiel médical nous avons utilisé celui de l'ANAES de mars 2000 qui préconisait dans la stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 un examen annuel complet de la bouche. Le document réalisé par l'URCAM de Champagne-Ardenne, l'UFSD et l'URML de Champagne-Ardenne est un autre référentiel intéressant. Il rappelle le rôle important que les médecins généralistes sont appelés à jouer en matière de santé bucco-dentaire auprès des patients à risques, notamment des diabétiques, à travers la qualité de leur information.

L'échantillon était constitué de 22 hommes, 63 %, et 13 femmes. Il comportait 9 personnes dans la tranche d'âge 30-49 ans (26 %), 20 dans la tranche 50-59 ans (57 %) et 6 dans la tranche 60-65 ans (17 %).

Nous avons étudié la fréquence de consultation du dentiste avant déclenchement de la maladie. Dans 49 % des cas, les personnes interrogées affirment ne consulter leur dentiste qu'en cas de douleurs. Dans 40 % des cas, les personnes interrogées précisent se rendre régulièrement, tous les ans, chez leur dentiste ou stomatologiste et dans 11 % des cas irrégulièrement. Un an après la découverte du diabète, il s'avère que le comportement des malades n'est pas modifié : 60 % d'entre eux n'ont eu aucune consultation bucco-dentaire au cours de l'année écoulée. Nous avons recherché les facteurs ayant incité les patients qui avaient consulté après la découverte de leur diabète à le faire. Ils avaient tous consulté de leur propre initiative. Aucune information n'a été apportée par les médecins généralistes, par les spécialistes ou par les médias.

34 malades sur 35 ignoraient complètement les complications bucco-dentaires engendrées par leur maladie. Or, ceux-ci précisaient bien connaître les complications oculaires, neurologiques ainsi que les problèmes de pied. La seule personne connaissant cette complication avait

été informée par son médecin traitant relayé par son chirurgien dentiste traitant. Sur les 14 personnes qui ont consulté après la découverte de leur maladie, 6 n'avaient pas indiqué au praticien qu'ils étaient diabétiques. 40 % des personnes qui constituaient l'échantillon avaient un diabète non équilibré. Lorsque le taux d'hémoglobine glyquée dépassait 8 %, il était conclu à un déséquilibre. Dans 29 % des cas, les malades signalaient un saignement gingival régulier. Le dentiste conseil a établi un besoin de soins conservateurs dans 40 % des cas, de soins prothétiques dans 66 % des cas, de détartrage dans 63 % des cas et de traitement parodontal dans 43 % des cas. 66 % des malades avaient des dents absentes non remplacées avec 6 dents ou plus absentes non remplacées pour 26 % des malades. L'hygiène n'a été jugée satisfaisante que dans 17 % des cas, moyenne dans 69 % des cas et mauvaise dans 14 % des cas. Par ailleurs, le dentiste conseil a relevé une inflammation gingivale dans 43 % des cas.

Pour conclure, l'étude a mis en évidence une insuffisance du suivi bucco-dentaire après la découverte du diabète, la méconnaissance des patients sur la relation entre diabète et état bucco-dentaire et l'absence d'informations délivrées par les médecins sur la nécessité d'un suivi bucco-dentaire. Elle a révélé également une hygiène buccale insuffisante et un important besoin en soins.

- ◆ envoi d'une brochure d'informations à destination des médecins généralistes et diabétologues (rappel des complications et des référentiels et sollicitation pour être incitatif vis-à-vis des patients) ;
- ◆ présentation de l'étude et envoi d'un courrier de sensibilisation aux chirurgiens dentistes et stomatologistes ;
- ◆ une réflexion est en cours pour déterminer l'action à mener auprès des malades (il est envisagé d'adresser à chaque malade une petite notice lors de la notification de prise en charge à 100 %) ;
- ◆ transmission des résultats à l'association des diabétiques de la Nièvre. Les actions sont laissées à son initiative mais le service médical est prêt à s'associer à des séances d'information aux malades.

Face à tel constat, l'équipe du Service médical a envisagé différentes actions dont certaines sont en cours de réalisation.

Par ailleurs, des contacts ont été pris avec les instances de formation continue locales des médecins et des chirurgiens dentistes pour organiser une réunion commune sur le diabète et ses complications.

Il serait souhaitable, au niveau national, d'effectuer une sensibilisation des différentes revues professionnelles adressées aux médecins.

Celles-ci indiquent en effet rarement les risques bucco-dentaires dans les articles relatifs au diabète.

Prévention de l'endocardite infectieuse à porte d'entrée bucco-dentaire chez les patients cardiaques à risques

L'endocardite infectieuse est une maladie qui atteint habituellement les patients porteurs d'une cardiopathie ou d'une prothèse valvulaire.

Cette maladie de l'endocarde est due à une bactériémie spontanée ou survenant lors de circonstances à risque (actes médico-chirurgicaux, tels que les extractions ou manœuvres instrumentales, qui créent une porte d'entrée au germe responsable le streptococcus viridans). Elle reste, aujourd'hui encore, une maladie grave qui figure

Dr Annie SUIRE-SAULNIER
Chirurgien dentiste conseil - Échelon local du Service médical de la Charente CNAMTS



Dr Pascale TABARLY
Chirurgien dentiste conseil Échelon local du Service médical de la Corrèze CNAMTS



dans les pays développés aux premiers rangs des maladies infectieuses létales.

L'incidence de l'endocardite en France a été évaluée à trente cas par an et par million d'habitants lors de l'enquête épidémiologique de 1999.

Un pic est relevé chez les hommes âgés de 70 à 75 ans. La cavité buccale est la voie d'accès de l'endocardite infectieuse la plus fréquemment retrouvée, environ 25 % des portes d'entrées retrouvées. La voie orale représente 6 % à 15 % des portes d'entrée, retrouvées ou non, et reste la cause la plus fréquente de l'endocardite.

En l'absence de données en Limousin-Poitou-Charentes, il a été décidé de décrire la situation régionale au travers de deux populations de patients.

Le premier objectif était de connaître l'incidence de l'endocardite infectieuse en 2000. Le second objectif était d'optimiser l'application des recommandations relatives à la prophylaxie de l'endocardite infectieuse d'origine bucco-dentaire par la sensibilisation des patients à risques et des professionnels concernés. Rappelons que le référentiel employé au cours de l'étude menée en 2001 était la conférence de consensus de 1992.

La population du groupe 1 a rassemblé l'ensemble des patients ayant été hospitalisés pour une endocardite infectieuse au cours de l'année 2000 dans les établissements hospitaliers privés ou publics de la région Limousin-Poitou-Charentes. Ces patients ont été repérés d'après les données du PMSI.

La population du groupe 2 était constituée des personnes présentant une cardiopathie à risque d'endocardite infectieuse n'ayant pas eu de suivi bucco-dentaire de septembre 2000 à août 2001. Le défaut de suivi bucco-dentaire a été déterminé d'après l'absence de remboursement lié à une prestation bucco-dentaire.

Pour le groupe 1 l'étude a recensé 135 personnes hospitalisées pour endocardite infectieuse sur une population totale de 2,350 millions d'habitants. L'incidence, (57,4 cas par million d'habitants), est bien supérieure à la moyenne nationale de 30 cas par million d'habitants. 75 % des sujets hospitalisés étaient de sexe masculin ; 73 % avaient plus de 60 ans, chiffre également bien supé-

rieur à ceux de la littérature. L'augmentation de l'incidence de l'endocardite infectieuse et de l'âge des patients n'est peut-être que le reflet du vieillissement général de la population en particulier en Limousin-Poitou-Charentes.

Pour 35 % des patients hospitalisés, la porte d'entrée de l'endocardite n'a pas été identifiée. Elle était bucco-dentaire dans 13 % des cas, soit un taux conforme aux données de la littérature. 36 % de ces patients présentaient une cardiopathie à risque alors que la conférence de consensus de 1992 mentionne que les 2/3 des cas d'endocardite infectieuse surviennent chez des porteurs de cardiopathies à risque.

La durée médiane d'hospitalisation dans l'établissement de recueil a été de 26 jours. Le coût total des soins hospitaliers initiaux des 135 patients hospitalisés pour endocardite a été estimé à 1,637 million d'euros, soit un coût moyen par malade de 12 127 euros. Sur 135 malades, 20 décès ont été enregistrés, soit 15 %.

Pour les personnes du groupe 2, les recommandations de la conférence de consensus de 1992 préconisaient au minimum un suivi bucco-dentaire annuel ainsi que des règles d'hygiène rigoureuses. 4 460 personnes étaient porteuses d'une cardiopathie à risque. Une personne à risque sur deux n'avait pas eu de remboursement lié à un acte bucco-dentaire au cours de l'année de référence, soit 2 379 personnes. Parmi elles 544 ont souhaité bénéficier de l'examen bucco-dentaire proposé par les services médicaux.

Le temps médian écoulé depuis la dernière consultation chez un chirurgien dentiste ou un stomatologue était supérieur à deux ans.

76 % des patients avaient été informés par un professionnel de santé d'un lien existant entre la cardiopathie et l'état bucco-dentaire. Toutefois, les patients n'avaient retenu que le risque hémorragique associé à la consommation d'anticoagulants. Ils n'avaient pas conscience du risque infectieux. La diffusion de la carte de prévention de l'endocardite infectieuse de la fédération française de cardiologie est apparue très limitée, 33 % de possesseurs, alors qu'elle est un élément déterminant de la conduite à tenir par les chirurgiens dentistes envers ces patients à risques, en particulier en matière de prescription d'antibiotiques.

Les chirurgiens dentistes conseils ont constaté que l'état bucco-dentaire de la population exami-

née n'était pas satisfaisant tant sur le plan dentaire qu'au regard de l'hygiène. **75 % des personnes avaient un état bucco-dentaire non satisfaisant** : 35 % présentaient au moins une carie, 32 % une hygiène insuffisante, 25 % une inflammation gingivale, 54 % avaient besoin d'un détartrage.

L'incidence élevée de l'endocardite en Limousin-Poitou-Charentes a justifié la mise en œuvre d'un programme de prévention.

L'étude a confirmé la nécessité de sensibiliser les patients exposés au risque d'endocardite infectieuse afin d'obtenir une meilleure implication de cette population dans son suivi bucco-dentaire.

Les médecins généralistes et les cardiologues ont un rôle essentiel à jouer dans cette sensibilisation.

Suite à l'étude, chaque nouveau patient admis en exonération du ticket modérateur pour une cardiopathie à risque reçoit un document de sensibilisation de la part des services médicaux de la région.

Au cours de ces deux formations les nouvelles recommandations de 2002, élaborées par la société de pathologie infectieuse de langue française en association avec la société française de cardiologie, relatives à la prophylaxie de l'endocardite infectieuse dans la pratique médicale, ont été commentées.

La diffusion de la carte de prévention a été réactivée auprès des médecins cardiologues et généralistes et une affiche pour les salles d'attente des chirurgiens dentistes et des cardiologues a été réalisée.

20 % des chirurgiens dentistes du Limousin Poitou-Charentes ont assisté à deux formations médicales continues.

Itinéraire thérapeutique en odonto-stomatologie à Abidjan



Dr Mamadou SAMBA
Maître-assistant
UFR d'Odonto-stomatologie
Abidjan

La Côte d'Ivoire est un pays de l'Afrique de l'ouest. Il compte 17 millions d'habitants. 45 % de la population a moins de quinze ans.

Le CAO national à 12 ans est de 1,8. À Abidjan, la capitale économique, le CAO à 12 ans est de 2,7, avec une composante O de 0,01.

On recense un dentiste pour 45 000 habitants. Cette moyenne masque un déséquilibre entre Abidjan, un dentiste pour 12 000 habitants, et le reste du pays, un dentiste pour 123 000 habitants.

Des études réalisées en 2000 ont montré que la population ivoirienne éprouvait des difficultés d'accès aux soins, le principal obstacle restant d'ordre financier.

Ainsi 20 % de la population renoncent-ils aux soins bucco-dentaires et ont recours à d'autres thérapeutiques telles que l'automédication et la tradipratique.

Nous nous sommes fixés comme objectifs pour cette étude d'une part de décrire l'itinéraire thérapeutique en odonto-stomatologie à Abidjan et d'autre part de déterminer la place du chirurgien dentiste dans l'arsenal thérapeutique.

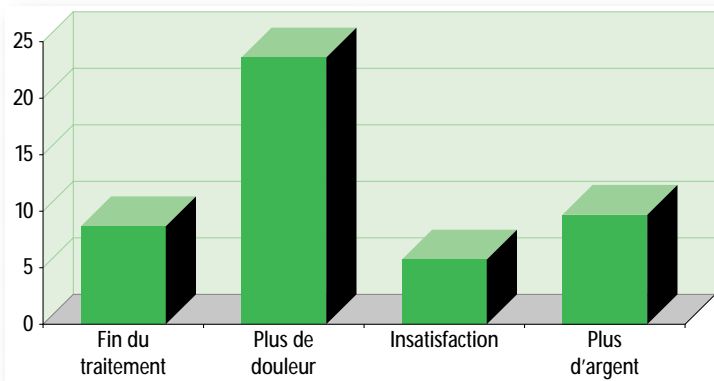
Nous avons étudié la population âgée de 18 à 59 ans, vivant à Abidjan, ayant ou ayant eu une pathologie durant les 12 derniers mois, à partir d'un échantillon représentatif de 404 personnes constitué par la méthode des quotas suivant les critères d'âge, de sexe, de niveau d'instruction et de niveau socio-économique.

Pour le recueil des données nous avons réalisé une fiche d'enquête en collaboration avec le département de psychologie de l'Université d'Abidjan.

Cette fiche a été conçue pour permettre la description et l'analyse des attitudes et comportements face aux maladies bucco-dentaires et le recueil et l'analyse des différents recours aux soins.

25 % de la population interrogée renoncent aux soins malgré la présence de douleurs ou de gênes. 14 % des patients qui ont entamé un traitement chez le dentiste l'interrompent avant terme. Les raisons de cette interruption sont principalement la cessation de la douleur, le manque de moyens financiers et aussi pour une petite partie l'insatisfaction.

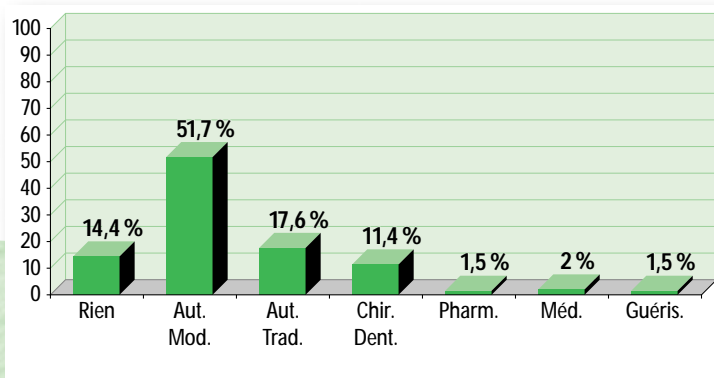
Raison de l'arrêt des soins



Nous avons répertorié différents recours : l'absence de recours, l'automédication moderne, l'automédication traditionnelle, le chirurgien dentiste, le guérisseur, le médecin, le pharmacien.

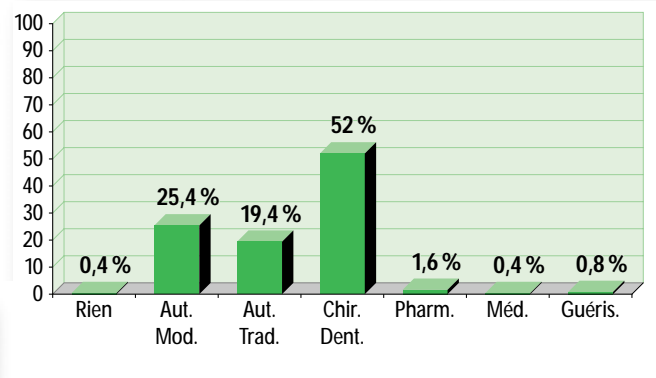
En premier recours, la population interrogée fait appel majoritairement, à plus de 50 %, à l'automédication moderne, l'automédication traditionnelle est ensuite la plus employée, le chirurgien dentiste n'arrive qu'en troisième position.

Itinéraire thérapeutique 1^{er} recours



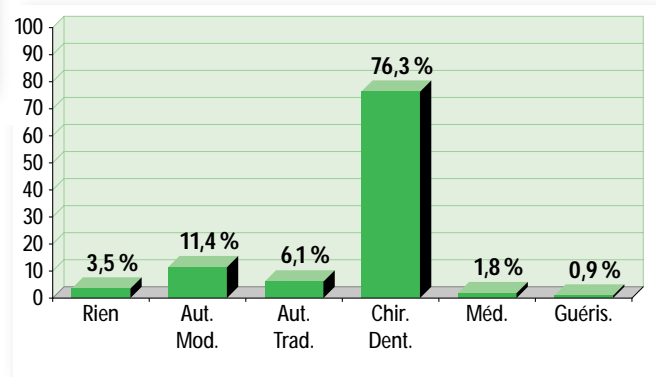
En second recours le chirurgien dentiste devient l'option majoritaire, pour 52 % des personnes, mais l'automédication moderne et l'automédication traditionnelle restent encore largement sollicitées.

Itinéraire thérapeutique 2nd recours



En troisième recours le chirurgien dentiste est pratiquement la seule solution choisie, à 76 %.

Itinéraire thérapeutique 3^e recours



Le niveau d'instruction est un facteur influençant le recours à l'automédication. L'automédication est plus pratiquée par la population analphabète que par la population jouissant d'un niveau d'éducation supérieur. L'âge est également un facteur significatif dans le choix du recours. On a constaté que 75 % des personnes âgées de 18 à 29 ans pratiquent l'automédication.

Une étude réalisée en 1996 a montré que 89 % des consultants des centres de soins avaient pratiqué une automédication avant de consulter le dentiste. Un délai de six jours avait été statistiquement observé avant la première consultation. En 2002 une enquête en population a constaté que 66 % des Ivoiriens pratiquaient l'automédication. L'automédication est donc très importante

en Côte d'Ivoire. Ceci n'est pas sans présenter des dangers et de nombreux accidents surviennent. Ils sont principalement liés à l'usage des anti-inflammatoires. En effet, la plupart des personnes qui ont recours à l'automédication consomment des anti-inflammatoires. Cet usage peut favoriser l'évolution défavorable d'une pathologie dentaire vers une cellulite de la face voire jusqu'à la septicémie avec un pronostic vital. En conclusion l'automédication est très largement le premier recours.

La consultation du chirurgien dentiste augmente ensuite et en troisième recours le chirurgien dentiste apparaît vraiment comme la personne la plus indiquée pour l'administration des soins (76 % des cas).

L'échec des autres thérapeutiques entraîne leur abandon progressif.

Le choix de l'automédication est favorisé par le manque de moyens financiers, la douleur, et la peur du dentiste.

En l'absence de système de protection sociale en Côte d'Ivoire, le manque de moyens financiers demeure le principal obstacle à l'accessibilité aux soins.

Débat

Dr Nicolas LEBLANC,

directeur médico-social, Ligne Claire, Rhône.

Nous avons bien vu l'utilité des recommandations au regard de la variabilité des pratiques entre praticiens. Des questions se posent quant au besoin d'en accroître le nombre et à leur diffusion auprès des praticiens mais il est également difficile d'entrevoir leur durée de vie qui est en relation avec le maintien dans le temps de leur pertinence au regard des données de la science. Quelle est la durée de vie la plus judicieuse pour les recommandations ?

Pr Françoise ROTH

J'en profite, Dr Nouyrigat, puisque vous êtes sur la sellette, pour vous poser la question du choix des experts.

Dr Emmanuel NOUYRIGAT

La première étape consiste à choisir un président. De nombreux experts collaborent à l'AFSSAPS, il est donc assez aisé de choisir un président. Il appartient ensuite au président de proposer des noms. Les experts proposés sont contactés. En cas de refus le président propose d'autres noms. Nous veillons à avoir une représentation équilibrée des origines géographiques, des disciplines et des pratiques, hospitalo-universitaire et libérale. Pour les recommandations sur l'antibiothérapie nous avons des chirurgiens dentistes, des parodontologues, des stomatologues, des chirurgiens maxillo-faciales, des infectiologues et un microbiologiste. Pour le groupe de lecture cela se passe de la même façon. Les personnes du groupe de travail nous donnent 2-3 noms chacune et nous les contactons.

La durée de vie des recommandations est généralement de quatre ou cinq ans. Le texte de l'ANAES avait été rédigé en 1997. Le nôtre est paru en 2002. La nécessité d'une nouvelle recommandation est justi-

fiée par des changements importants. Nous sommes toutefois peu nombreux à l'AFSSAPS. C'est pourquoi il nous est difficile de produire un nombre important de recommandations.

Dr Philippe GERARD, Chirurgien dentiste Conseil national, CNAMTS.

Le constat sur la variabilité des pratiques est assez éloquent et il portait sur quelque chose d'élémentaire dans l'activité du chirurgien dentiste : le dépistage et le traitement des caries. S'il s'était agi de stratégies thérapeutiques plus complexes comme en orthopédie dento-faciale ou en prothèse il aurait été probablement encore plus inquiétant. En évoquant la variable qu'est l'âge des praticiens, vous avez probablement remis en cause l'enseignement reçu. Quelle est votre appréciation des autres causes de la variabilité, autres que l'enseignement ? Quelles sont les mesures concrètes qui peuvent être efficaces pour harmoniser les pratiques ? Nous constatons, en effet, que de très nombreux praticiens ignorent les recommandations disponibles, notamment les référentiels de l'AFSSAPS.

Dr Sophie DOMEJEAN-ORLIAGUET

Nous avons pu constater que les praticiens de plus de cinquante ans avaient tendance à recourir plus fréquemment à l'amalgame et aux cavités traditionnelles de Black.

Effectivement il y a peut-être une incidence de la formation initiale, mais il y a surtout un problème de formation continue qui est facultative.

Afin d'évaluer la formation initiale actuelle, nous avons réalisé un second volet d'étude. Nous avons mené une étude analogue à la première, avec d'autres éléments sur le processus carieux, auprès des enseignants d'odontologie conservatrice des facultés françaises. Nous sommes actuellement en cours d'analyse des résultats. Notons que les enseignants sont conscients du problème et sont favorables à la diffusion de guides de bonnes pratiques susceptibles d'améliorer la situation.



Question de la salle

Quelles différences peut-on recenser, puisque vous avez utilisé l'annuaire dentaire, entre le groupe des répondants et le groupe des non-répondants, en termes d'âge ou de sexe ?

Dr Sophie DOMEJEAN-ORLIAGUET

Le fichier de l'annuaire dentaire que nous avons utilisé n'indiquait pas nécessairement l'âge des praticiens. En revanche, nous savons que nos résultats sont représentatifs en matière de sexe et de répartition géographique.

Dr Stéphanie TUBERT

Nous avons effectué des tests sur le sexe et la répartition géographique. Aucune différence ne pouvait être constatée entre répondants et non-répondants par rapport à la distribution de la population générale. Pour l'âge, l'année de diplôme ne constitue pas une donnée fiable et de nombreuses données manquaient, les résultats ne sont donc pas très sûrs.

Dr Sophie DOMEJEAN-ORLIAGUET

Il est vrai qu'on peut a priori penser que les personnes qui ont répondu au questionnaire étaient les plus sensibilisées au problème et aux nouvelles conceptions de soins en matière de dentisterie restauratrice.

Question de la salle

L'AFSSAPS recommande la prescription du fluor par voie générale dès la naissance ; or l'UFSBD la préconise seulement à partir de 6 mois. Comment fait le médecin généraliste ?

Dr Emmanuel NOUYRIGAT

Ce sujet n'a pas fait l'objet d'une recommandation de bonne pratique à l'AFSSAPS mais simplement d'une "mise au point". Cependant, il arrive en effet que les recommandations diffèrent un peu entre différentes sociétés ou groupes de travail et qu'il n'est pas toujours possible de mettre tout le monde d'accord. Le praticien est alors un peu perdu. Il nous arrive de donner notre avis sur des choses pour lesquelles nous n'aurons pas une grande influence. Les praticiens sont libres de... Comme ils le veulent.

Intervention de la salle

La variabilité des décisions thérapeutiques admet une explication un peu plus simple. Lorsqu'un patient est susceptible de revenir dans trois mois, nous pouvons temporiser et réévaluer la situation à 3 mois, mais lorsque nous savons qu'il ne reviendra pas, il peut être préférable de lui soigner la carie éventuelle.

Les praticiens plus âgés qui utilisent l'amalgame ont un recul sur cette technique. J'ai été un des premiers à utiliser, en tant qu'étudiant, l'amalux. Après avoir fait le constat, à un an, de nombreuses infiltrations de caries avec ce produit vous n'êtes pas enclin à recommencer.

Exiger des praticiens âgés de traiter une carie en tunnel alors que leur vue n'est pas nécessairement celle d'un jeune peut paraître abusif.

Dr Stéphanie TUBERT

Dans le questionnaire, il était précisé que les questions portaient sur un patient jeune ayant un suivi bucco-dentaire régulier et une hygiène satisfaisante. Nous avons défini le patient de la manière la plus claire car la littérature montre en effet que les décisions thérapeutiques du praticien varient en fonction des caractéristiques du patient.

Vous semblez dire qu'il est préférable d'intervenir et de ne pas laisser évoluer les lésions. un accord semble pourtant se dégager de la littérature sur l'inutilité d'une intervention au stade amélaire. En effet, la vitesse de progression des lésions dans les pays occidentaux où l'apport en fluor est régulier est si lente qu'il est inutile de pratiquer des cavités au stade amélaire.

Je ne tiens pas spécialement à ce que les gens fassent des cavités tunnel. Nous faisons juste un constat des pratiques.

L'emploi de l'amalgame n'est pas, en soi, choquant car il s'agit d'un matériau d'obturation intéressant. Ce qui est problématique c'est le type de cavités réalisées lors de l'emploi d'amalgame, en particulier pour les faces occlusales l'extension des cavités à tous les sillons pour le traitement de lésions limitées à l'émail.

Dr Sophie DOMEJEAN-ORLIAGUET

Nous avons juste étudié la variabilité et nous ne jugeons pas du bien fondé des techniques opératoires. En fait nous ne savons pas s'il est préférable de réaliser un tunnel pour les lésions proximales. Nous faisons juste le constat que les hommes et les praticiens qui ont participé à des sessions de formation permanente pratiquent plus cette technique opératoire. Cependant il est vrai qu'a priori certaines techniques invasives pour des lésions amélaire sont très iatrogènes. À quel stade serait-il alors judicieux d'intervenir? Nous ne le savons pas car il n'existe aucun guide de bonne pratique et cela doit nous conduire à une réflexion.

Dr Michel SIXOU, UFR d'odontologie de Toulouse

Les référentiels représentent une masse de travail considérable. Ils répondent à des questions très délicates qui posent des problèmes aux praticiens. Bien que des compétences multiples soient mises en œuvre dans la réalisation des référentiels, la majorité des praticiens ignore l'existence des référentiels et donc ne les applique pas. N'est-ce pas là un gâchis de compétences? N'existe-t-il aucun moyen de mieux faire connaître les référentiels et de les mettre en application de manière plus performante?

Dr Emmanuel NOUYRIGAT

Cette recommandation sur les antibiotiques a été diffusée dans de nombreuses publications dentaires spécialisées et généralistes, en tous cas les plus lues au niveau national. La diffusion est, en effet, un aspect déterminant. L'AFSSAPS souhaite développer sa politique de diffusion.

Pierre DUQUESNOY, directeur général d'un groupement mutualiste de Savoie

Dans notre groupement, statistiquement, nous nous rendons compte qu'il est plus difficile d'inciter les praticiens plus âgés à suivre des cursus de formation. Les personnes les plus âgées se montrent un peu récalcitrantes à la formation continue. Cependant, certains jeunes praticiens, toujours les mêmes, sont également rétifs à l'égard de la formation.

Nous constatons, par les statistiques aussi, d'importantes différences de pratiques en endodontie ou pour les obturations. Il est, là encore, possible de faire un lien avec l'âge des praticiens. Les praticiens les plus âgés sont moins enclins à employer les nouvelles technologies.

Intervention de la salle

Quelle que soit leur provenance, les recommandations doivent toujours se fonder sur les niveaux de preuve. Or, en odontologie, il en existe relativement

peu. Pour le fluor, il existe des niveaux de preuve à l'échelle internationale. Pourtant, aussi longtemps que nous n'aurons pas de données performantes à l'échelle nationale des divergences entre les organismes pourront survenir.

Dr Alain LE BOURHIS, fédération des syndicats dentaires libéraux

Au terme de 31 années de pratique et de formation continue, j'ai pu constater que la chirurgie dentaire a considérablement évolué, et ceci de manière favorable. Il est cependant étonnant d'observer le recul du nombre de praticiens présents lors des journées de formation continue. Les praticiens sont découragés parce que quand ils font l'effort de se former aux nouvelles techniques ils ne peuvent pas les mettre en pratique au cabinet. Tout le monde s'accorde pour dire que le système de santé dentaire est dans une continuelle obsolescence. Il serait souhaitable de traiter le problème de manière constructive en donnant aux praticiens les moyens d'exercer une chirurgie moderne avant de les culpabiliser quant au respect des diverses recommandations.

Dr Philippe GERARD

Chacun s'accorde sur ce constat de l'insuffisance de la prise en charge des soins bucco-dentaires. Il n'y a cependant probablement pas de lien direct entre la qualité des traitements et leur modalité de prise en charge.

Il est vrai que nous ne disposons pas de nombreux niveaux de preuve en odontologie. Je me demande néanmoins si, au cours de la formation initiale, les étudiants sont suffisamment formés aux principes d'une médecine fondée sur la preuve et l'évidence. J'ai parfois le sentiment que la culture du maître domine la formation initiale. Les universitaires doivent inciter les étudiants à se référer en permanence à des données.

Pr Françoise ROTH

Je voudrais simplement rappeler que je soutiens depuis 30 ans que la formation continue devrait être obligatoire. Je me suis fait beaucoup attaquer quand j'ai commencé à tenir ces propos. Mais je continue à dire qu'il n'y a pas assez de pression pour que la formation continue véhicule les acquis nouveaux et on s'aperçoit qu'il y a un retard énorme entre la découverte et l'application.

Remise du prix étudiant de santé publique dentaire

Pr Françoise ROTH

Ce prix est remis pour la deuxième année consécutive. Il est décerné par le Conseil général du Val-de-Marne en partenariat avec la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire et la Société Henri Schein France.

Il consacre une action de terrain ou une étude de santé publique sur la base d'un mémoire. Les mémoires ont été soumis au Comité scientifique de la journée qui a opéré une sélection en jugeant la qualité, la rigueur et l'intérêt des travaux exposés.

Si la région parisienne était largement représentée l'année dernière, cette année les candidatures sont venues de toute la France.



Le deuxième prix est décerné à Mademoiselle Annabelle BACQUET de la faculté de chirurgie dentaire de Clermont-Ferrand. Elle a fait un travail sur l'utilisation des sealants dans la Région Auvergne en 2001-2002 à partir de la base de données Erasme des patients affiliés au régime général, 68 % des Auvergnats.



Annabelle BACQUET

Nous avons étudié l'impact en Auvergne de la mise en place du remboursement des sealants avec la cotation SC8. Nous avons observé, à partir des données du régime général, le nombre de cotations et les caractéristiques des praticiens et des enfants bénéficiaires.

Pr Françoise ROTH

Le premier prix est décerné à Mademoiselle Élise ARRIVE de la faculté de chirurgie dentaire de Bordeaux. Mademoiselle ARRIVE poursuit dans la voie de la Santé publique puisqu'elle est actuellement étudiante en 2e année à l'institut de Santé publique, d'épidémiologie et de développement de l'Université de Bordeaux.



Élise ARRIVE

Je me suis intéressée à travers ce travail aux pays en développement qui présentent un profil épidémiologique de transition : La morbi-mortalité due aux maladies infectieuses est en recul alors que, dans le même temps, la morbi-mortalité due aux maladies non transmissibles est en progression (maladies cardiovasculaires, diabète, affections bucco-dentaires).

Mon travail a été consacré au Mali, pays francophone de l'Afrique de l'Ouest. Ce pays compte très peu de professionnels de la santé bucco-dentaire. Ces derniers sont concentrés dans les villes.

À la demande d'une ONG locale, j'ai observé l'importance des affections bucco-dentaires dans un village rural et recensé les besoins et les demandes d'intervention de la population ainsi que l'offre existante.

J'ai réalisé des entretiens auprès des professionnels et des habitants ainsi qu'un recueil de don-

nées sociologiques et cliniques concernant des enfants de 7 à 10 ans scolarisés à l'école du village.

Les urgences bucco-dentaires, la plaque dentaire et les caries ont été considérées comme les principaux problèmes bucco-dentaires.

En outre, l'étude a mis en évidence un contexte de très grande précarité.

Les stratégies d'intervention envisagées ont été :

- ◆ *la formation d'un personnel de santé à la prise en charge des urgences bucco-dentaires ;*
- ◆ *l'éducation à la santé ;*
- ◆ *le renforcement de l'utilisation des moyens d'hygiène locaux ;*
- ◆ *l'utilisation de soins conservateurs de type ART.*

Elles s'inscrivent dans une approche multisectorielle du développement afin de répondre aux critères de faisabilité, de pérennité et d'équité.

Clôture de la journée

Dr Jacques HASSIN

Conseiller auprès de Madame Dominique VERSINI,
Secrétaire d'État à la lutte contre la précarité
et l'exclusion.



Mon propos sera un peu décalé par rapport aux thèmes de cette journée et aurait plutôt trouvé sa place dans la 2^e journée.

Je tenais à dire à quel point le paysage de la Santé publique et, plus particulièrement, de la Santé publique dentaire a évolué dans le domaine dont s'occupe le Secrétariat d'État à la lutte contre la précarité et l'exclusion.

J'ai été responsable médical, en tant que médecin généraliste, de la consultation réservée aux sans-abri à l'hôpital de Nanterre. En 1996, 150 personnes, sans domicile fixe, étaient accueillies tous les jours et pouvaient bénéficier d'une consultation médicale et/ou d'une consultation sociale.

Dans le cadre de son DEA, Sophie EMMANUELLI s'est adressée à moi pour travailler sur la prise en charge des problèmes dentaires, question qui paraissait bien marginale par rapport aux multiples problématiques de gens à la rue très désocialisés.

Demander aux gens d'ouvrir la bouche a permis de mettre en évidence un nombre important de lésions bucco-dentaires, parfois invalidantes, alors que les personnes qui en souffrent n'abordent pas ce problème lors des consultations médicales.

Ceci était d'ailleurs à l'origine de la part des médecins d'une écoute tronquée de la douleur, l'idée communément

admise étant que ces personnes ressentaient moins la douleur que nous.

Ce travail a été à l'origine d'une définition de ce qui relevait de la Santé publique bucco-dentaire. Elle envisageait le rôle que pouvait avoir le praticien dans les activités de prévention, de dépistage et d'orientation. En effet, le problème ne se situe pas tant au niveau de l'accès aux soins – quoique les difficultés financières soient réelles – qu'au niveau de l'orientation. Plus les personnes sont en difficulté, moins elles expriment de demandes. Il faut donc aller à leur rencontre.

La démarche entreprise a ouvert des perspectives ignorées jusqu'alors. Par exemple nous étions persuadés que les sans-abri avaient des problèmes de gingivorragie ou des affections bucco-dentaires du fait de la forte consommation d'alcool. Simplement imaginer de considérer et évaluer la nutrition a amené au constat que l'alimentation de ces personnes n'apportait quasiment pas de Vitamine C. Les problèmes bucco-dentaires pouvaient aussi être dus à des déficits vitaminiques. Mais ces derniers pouvaient avoir d'autres répercussions également. Au fond quelle était la place du chirurgien dentiste dans une prise en charge globale de ces personnes en situation de grande détresse?

La rationalisation de la prise en compte des populations en situation d'exclusion représente une autre évolution majeure car, par exemple, comme je l'ai évoqué, la douleur n'était pas prise en considération, les déficits vitaminiques étaient ignorés. Cela a conduit à travailler sur la question de l'évaluation.

Quelle est la demande, ou le besoin non exprimé qu'il faut quand même satisfaire, en soins bucco-dentaires de cette population désocialisée?

Quelle est l'offre qui peut être proposée au sein d'une équipe pluridisciplinaire?

Comment fait-on pour que l'accès aux soins pour tous soit une réalité?

Ce travail de plusieurs années a engendré des actions communes avec entre autres le Bus social dentaire et la PASS bucco-dentaire de la Pitié Salpêtrière.

Tout ceci montre l'intérêt non seulement de l'épidémiologie mais plus largement de la Santé publique dans le domaine bucco-dentaire.

Christine KERNEUR
Infirmière conseillère du Directeur
de l'Enseignement scolaire.



La santé à l'école a été redéfinie récemment par des orientations générales. Monsieur DARCOS, dans une conférence des ministres du mois de février a resitué les objectifs de la santé à l'école. La santé est un des facteurs de

réussite scolaire pour les jeunes. Certains objectifs essentiels ont été rappelés à cette occasion :

- ◆ repérer précocement les troubles de la santé ;
- ◆ réduire les inégalités d'accès aux soins ;
- ◆ favoriser l'accès aux soins.

Si le repérage des troubles par la mission de promotion en faveur des élèves, qui regroupe les infirmières et les médecins de l'Éducation nationale, est efficace, l'accès aux soins demeure une préoccupation. Le dépistage n'a un sens que si l'accès aux soins est effectif. Il est indispensable de travailler en collaboration avec les familles et avec le réseau de soins.

Depuis quelques années, toutes les institutions et tous les professionnels ont pris conscience de l'importance d'une cohérence et d'une cohésion dans la prise en charge des soins individuels des enfants. Cela amène à définir le rôle et les compétences de chacun et à s'interroger sur sa pratique médicale ou paramédicale. La santé n'est pas réduite aux aspects médicaux. Elle doit être envisagée dans toutes ses dimensions grâce à une mutualisation des compétences.

L'école n'est pas le lieu où les soins peuvent être prodigués.

Ceux-ci doivent être assurés à l'extérieur par un professionnel. Nous avons un rôle de repérage, de dépistage, d'orientation et de suivi. Tous les services de l'État, les professionnels, ainsi que les associations doivent se réunir pour définir des stratégies visant à améliorer les conditions de l'accès aux soins. En effet, quel que soit le domaine de santé, seules 40 % des anomalies dépistées en milieu scolaire donnent lieu à un suivi. Le lien avec les familles et l'accompagnement sont des paramètres essentiels car au-delà des raisons financières de

nombreuses familles ne répondent pas aux avis par négligence, par incompréhension des termes techniques, par difficulté de choisir un professionnel ou parce qu'elles ne mesurent pas l'importance de la chose.

La direction de l'enseignement scolaire est prête à travailler sur un protocole bucco-dentaire.

Pr Françoise ROTH
Présidente de la Société française
des Acteurs de la Santé
publique bucco-dentaire



Cette journée témoigne du dynamisme de cette jeune association qui n'a qu'un an. Je tiens à rappeler quelques-uns de ses principes de fonctionnement que l'on a pu vérifier aujourd'hui :

- ◆ la promotion de la santé bucco-dentaire dans le champ de la Santé publique ;
- ◆ l'élargissement à tous les acteurs de santé publique ;
- ◆ être une plate-forme de débats propice aux échanges transversaux ;
- ◆ des échanges nationaux mais aussi internationaux.

Nous comptons procéder à des évaluations et représenter un vivier de référents et d'experts. Nous souhaitons être un vecteur de propositions et compter parmi les interlocuteurs des pouvoirs publics.

Tous les contacts que nous avons pris participent de cette démarche, qui se veut également complémentaire d'autres initiatives.

La politique de Santé publique est actuellement en turbulence et a besoin de voix qui viennent de la base comme le faisait remarquer le professeur Jean-Marc BRODEUR. Il faut faire "tourner" le système, nous a-t-il dit. Le contact avec la Direction générale de la Santé a montré qu'avec de la

constance et des dossiers solides étayés par des références scientifiques on est écouté; d'autres échanges institutionnels ont renforcé cette conviction.

Nous continuerons dans cette voie et à la suite de cette journée nous allons constituer un groupe de travail sur l'évolution des métiers. Il y a eu beaucoup de choses dites sur le rôle très important, qui reste à définir, que pourraient tenir à l'avenir des auxiliaires dentaires, auxquels nous ne donnerons pas de nom aujourd'hui. D'autres groupes sont déjà au travail, de nombreux rendez-vous sont programmés.

A tous merci d'être là et en espérant conserver votre intérêt je vous donne rendez-vous l'année prochaine à l'Hôtel du département de BOBIGNY puisque nous serons accueillis par le Conseil général de la Seine-Saint-Denis.

Dr Fabien COHEN

Coordinateur

Mission Bucco-dentaire

Conseil général du Val-de-Marne.



J'ai la tâche de parler au nom du Conseil général, force invitante de cette manifestation. Le Département du Val-de-Marne est très heureux d'avoir lancé, depuis trois

ans, une telle initiative qui veut s'inscrire durablement dans le temps, avec, d'une part, la collaboration de la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire (ASPBD) et d'autre part le réseau d'amis qui s'est créé depuis maintenant 3 ans en France et hors de France. Cette très grande diversité d'acteurs à ces journées correspond à ce qu'on souhaite regrouper dans le Val-de-Marne, c'est-à-dire tous les acteurs de la Santé publique dentaire. Celle-ci ne peut se développer que si elle repose sur l'ensemble des intervenants pour faire en sorte que l'humain, l'homme, soit au centre de nos préoccupations et qu'à partir de là nous essayions de construire effectivement avec lui les moyens de sa santé. C'est ce que nous essayons de faire en Val-de-Marne, notamment en matière de santé bucco-dentaire, mais aussi dans le domai-

ne de l'alimentation, puisque le Val-de-Marne a un projet pilote avec l'Éducation nationale et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Nos liens avec ces derniers sont forts et je remercie le président BOURJAC de la CPAM du Val-de-Marne de sa présence effective. Même satisfaction de compter parmi nous Monsieur Paul KARSENTY de la Direction générale de la Santé (DGS), qui par son poste, nous donne le sentiment qu'il y a maintenant à l'intérieur de la DGS une personne attentive à la Santé publique dentaire. Je me félicite aussi de la participation du Dr Philippe GERARD; elle concrétise pour beaucoup la forte participation des partenaires de l'Assurance Maladie. Cela va dans le sens d'un réel décloisonnement que l'on souhaite. On peut espérer une plus grande présence encore de la santé scolaire parmi nous, à ces journées, car ils font un énorme travail dans les écoles. Il est bon qu'on arrive à créer au plan national, au quotidien, les passerelles qu'on peut réaliser au quotidien au plan local.

C'est avec cet esprit que l'on passe la main à la Seine-Saint-Denis en 2004 et on est très heureux que nos amis de ce Département reprennent cette journée à l'occasion des 20 ans d'activité de santé publique dentaire depuis la création de leur Mission Bucco-dentaire. Que cette prochaine date anniversaire me permette de remercier au passage toute l'équipe du service de santé publique dentaire du 93 qui a aidé la Mission Bucco-dentaire du Val-de-Marne dès son origine.

Cette journée, cette année encore, ne se serait pas aussi bien tenue, sans l'énorme travail du Docteur Philippe HUGUES, mais aussi, bien sûr, de tous les membres de l'équipe, depuis notre secrétariat, notre personne responsable de la communication, l'ensemble des praticiens, et notre responsable administrative.

Tous nos remerciements au bureau de l'ASPBD et à son conseil d'administration. Je voudrais remercier tout particulièrement le Comité scientifique et ses deux présidents de l'attention et du temps qu'ils ont consacrés parce qu'il faut beaucoup d'énergie pour organiser au mieux une telle manifestation. Merci donc à tous et on espère vous retrouver en Seine-Saint-Denis le 4 novembre 2004.

Débat d'actualité de l'ASPBD

Protection sociale, quelle évolution ?

Modérateur : M. Hervé REQUILLARD, rédacteur en chef d'Impact Médecine

M. Jean-François CHADELAT, directeur du Fonds de financement CMU

M^{me} Christine MEYER-MEURET, sous-directrice chargée de la protection sociale
Fédération nationale de la Mutualité française

M^{me} Catherine MILLS, économiste de la santé – Université de la Sorbonne

Dr Jacques REIGNAULT,

président de la Confédération nationale des Syndicats dentaires

Pr Françoise ROTH, présidente de l'A.S.P.B.D

Protection sociale, quelle évolution ?

Le débat a été introduit par une présentation de Ligne Claire, plate-forme médico-sociale mutualiste, par son directeur Jean-François TRIPODI.

Hervé REQUILLART
Rédacteur en chef d'Impact Médecine

Avant d'entamer ce débat d'actualité au titre brûlant de "Protection sociale, quelle évolution?" je présente brièvement les intervenants :

Monsieur Jean-François CHADELAT, inspecteur général des Affaires sociales, président du conseil d'administration du GIP CPS (Groupement d'intérêt public – Carte de professionnels de santé) et directeur du Fonds de financement de la CMU.

Il est un des grands experts spécialistes de la protection sociale parmi les hauts fonctionnaires, et l'auteur d'un rapport remarqué, publié au printemps dernier et réalisé à la demande de Monsieur MATTEI.

Madame Christine MEYER-MEURET, sous-directrice chargée de la Protection sociale – Fédération nationale de la Mutualité française

Elle représente la Fédération nationale de la Mutualité française, qui regroupe environ 90 % des adhérents des mutuelles en France. Cette fédération est appelée à jouer un rôle très important dans la réforme qui s'annonce.

Madame Catherine MILLS, économiste de la Santé à l'université Paris-Sorbonne

Elle est membre de la Fondation Copernic, qui vient d'éditer un ouvrage au titre évocateur : "Main basse sur l'assurance maladie".

Dr Jacques REIGNAULT, président de la Confédération nationale des syndicats dentaires et président du CMPF

C'est un des principaux acteurs parmi la profession dentaire.

Pr Françoise ROTH, présidente de la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire, et chargée de missions à l'AP-HP

Elle a contribué à mettre en place la PASS bucco-dentaire à la Pitié-Salpêtrière.

Je commencerai donc par Monsieur CHADELAT, car je pense que vous êtes au centre de cette discussion. Je faisais précédemment référence à un rapport qui vous a été commandé par Monsieur MATTEI et que vous avez rendu en avril dernier, et qui a porté sur la répartition des champs entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. À l'époque, quasiment tous les acteurs que compte la protection sociale avaient participé à votre groupe de travail. L'issue et la publication de ce rapport avaient provoqué une levée de bouclier par certains, notamment par des syndicats qui ont parlé d'un premier pas vers la privatisation de l'assurance maladie.

Ma première question est la suivante : par rapport à la réforme qui s'annonce, cette privatisation est-elle inévitable, souhaitable, ou relève-t-elle du fantasme ?



Jean-François CHADELAT

Je voudrais tout d'abord confirmer qu'effectivement certaines personnes m'ont accusé de vouloir privatiser la Sécurité sociale. Ces accusations m'ont fait sourire, et ceux qui me connaissent en ont même éclaté de rire!

Je vous citerai simplement une phrase que j'ai trouvée merveilleuse, parmi les multiples commentaires qui ont été faits sur mon rapport, et qui émane de Monsieur Gilles JOHANET, qui était Directeur de la Caisse nationale d'Assurance Maladie et conseiller maître à la Cour des Comptes, et qui est parti sous d'autres cieux : "Ceux qui accusent CHADELAT de vouloir privatiser la Sécurité sociale feraient mieux de lire son rapport. Non seulement il ne privatise pas la Sécurité sociale, mais il nationalise les Complémentaires". J'estime que c'est celui qui a le mieux compris ce que j'ai écrit.

Deuxièmement, j'ai rédigé de nombreux rapports au cours de ma vie, dont certains ont fait du bruit, comme Madame MILLS me le rappelait tout à l'heure. J'ai toujours écrit avec la plus grande liberté ce que j'avais envie d'écrire, et je l'ai toujours parfaitement assumé. Je ne changerais pas une ligne de celui que j'ai rédigé il y a cinq ans sur la modification du financement de la Sécurité sociale et la possibilité de créer une cotisation sur la valeur ajoutée, de même que je ne changerais pas une ligne du rapport dont il est question aujourd'hui. Je rappelle par ailleurs son titre : "La répartition des interventions entre les assurances maladies obligatoires et les assurances maladies complémentaires".

Ce titre est très important... Je ne veux pas citer l'évangile en disant qu'au commencement était le verbe, au risque que l'on m'accuse encore d'autre chose, mais je dirai qu'au commencement étaient les mutuelles. La Sécurité sociale est ensuite apparue en 1945. Les mutuelles se sont senties un peu orphelines.

La Sécurité sociale que Monsieur Pierre LAROQUE a construite avec les ordonnances de 1945 n'était pas de haut niveau, loin s'en faut. Nous sortions de cinq années de guerre et d'occupation. Progressivement, la Sécurité sociale a réussi à se développer, comme dans tous les pays, au fur et à mesure que la richesse nationale s'est elle-même développée. Les Trente Glorieuses ont permis d'avoir, au début des années 1970, une Sécurité sociale qui n'avait aucun point commun avec celle instaurée en 1945.

La Sécurité sociale "bas de gamme" de 1945 présentait un certain nombre d'éléments limités en terme de prestations, et principalement en matière de prestations en espèces. Ceci a amené le développement d'un certain nombre de régimes, essentiellement de régimes de retraite complémentaire (e.g. l'Agirc, créée le 14 mars 1947). Ensuite, une série de prestations, notamment des prestations en espèces, ont été créées : incapacité, invalidité... Je vous rappelle cela

simplement pour vous dire qu'au départ, la protection complémentaire qui s'est mise en place s'est faite sur la retraite et sur ce que j'appellerais la "prévoyance lourde". La prévoyance santé était à ce moment quasiment inexistante. En 1960, 31 % des Français possédaient une complémentaire santé, contre 49 % en 1971, 83 % en 1980, et 86 % en 1990. La CMU est ensuite arrivée. J'en parle d'autant plus facilement que j'ai écrit mon rapport avant de savoir que j'allais devenir directeur du fonds de financement de la CMU.

Je crois que la loi CMU est importante sur de nombreux points, dans la mesure où elle représente une percée remarquable et incontestable pour les 4,5 millions de français les plus défavorisés. Elle est surtout importante sur un point : elle signifie que le Gouvernement qui a voté la loi CMU a pris conscience du fait que pour avoir un accès aux soins, en particulier pour les personnes les plus défavorisées, il fallait non seulement disposer de la Sécurité sociale, mais également d'une assurance complémentaire. Ceci revenait presque à avouer que la Sécurité sociale en elle-même ne suffisait pas, et qu'une assurance complémentaire était nécessaire.

J'ai été absolument stupéfait des chiffres relatifs aux assurances complémentaires : je me suis en effet "arraché" les cheveux pour réunir des informations sur ce sujet.

Nous nous trouvons aujourd'hui dans une situation où environ 10 % de la population ne possèdent pas d'assurance complémentaire santé. Ils se répartissent en deux parts quasiment égales : 5 % ne possèdent pas les moyens de s'en payer une, et 5 % estiment qu'elle n'est d'aucune utilité.

Lorsque j'ai réuni mon groupe de travail, la première chose que j'ai entreprise a été de demander à quoi correspondaient les interventions des assurances complémentaires et les interventions de la Sécurité sociale. J'ai immédiatement été pris à parti : certains ont indiqué qu'ils ne comprenaient pas pour quelles raisons on se posait de telles questions, et qu'il suffisait d'augmenter les prises en charges de la Sécurité sociale pour résoudre le problème. J'ai répondu que j'étudiais toutes les pistes à disposition, et nous avons donc examiné les conséquences de cette piste précise.

La première conséquence est qu'elle augmente les prélèvements obligatoires, dans la mesure où les assurances complémentaires santé ne font pas partie des prélèvements obligatoires et, point important, qu'elles sont d'une extrême diversité, comme nous le verrons par la suite. Ceci n'a pas eu l'air

de traumatiser les interlocuteurs. La deuxième conséquence, si l'on intègre cette solution dans la Sécurité sociale, est qu'elle supprime de fait les assurances complémentaires santé. Ceci les a manifestement beaucoup plus traumatisés que la première conséquence. Aussi, lorsque j'ai demandé si l'on pouvait envisager la suppression des complémentaires santé, ai-je reçu un "non" catégorique.

Dans la mesure où les participants au groupe de travail souhaitaient conserver les complémentaires santé, je leur ai donc indiqué qu'il fallait à présent répondre à la question que m'a posée Monsieur le Ministre MATTEI. Dans la mesure où il y a deux acteurs, la base et les complémentaires, et que ces dernières devaient être conservées, il était donc nécessaire de savoir quels étaient leurs rôles respectifs. Plusieurs constats ont été réalisés.

Le travail des assurances complémentaires santé est-il intelligent ?

Je ne veux en aucun cas peiner Madame MEYER, que je connais depuis très longtemps, mais la réponse a été un "non" unanime. Il semble par ailleurs que cela n'était pas un véritable scoop. En effet, dans l'immense majorité des cas, elles reçoivent un décompte qui arrive de la Sécurité sociale, et qui indique que l'acte faisait 100, que la Sécurité sociale donnait X et que les complémentaires devaient donner 100-X. La percée conceptuelle de ce travail m'échappe quelque peu, mais en tout état de cause c'est bien celui qui est fait. Le moins que l'on puisse dire est que ce travail ne va pas très loin.

Le problème, et nous en avons eu un autre exemple, est que ce travail qui n'est pas particulièrement intelligent peut dans certains cas être nocif vis-à-vis de la Sécurité Sociale.

Lorsque Madame GUIGOUX a examiné les médicaments à SMR 4 (c'est-à-dire à service médical rendu insuffisant), elle a indiqué qu'il fallait faire passer leur remboursement de 65 % à 35 %. Comme un seul homme, les complémentaires santé se sont mécaniquement mises à dépenser 65 % au lieu de 35 % pour ces produits. Elles ont donc dépensé deux fois plus pour quelque chose qui, venait-on de leur expliquer, était notoirement insuffisant. La logique m'a quelque peu échappé. J'estime qu'il est nécessaire de mettre un peu d'ordre dans cette opération.

Dans le prochain numéro à paraître de la revue du CNESS (Centre national d'études supé-

rieures de la Sécurité sociale), L'élan social, je donne une interview aux anciens élèves du CNESS, dans laquelle je réponds à la question "et si nous devons construire cela, que feriez-vous?". J'ai répondu que si effectivement il fallait monter un tel système ex nihilo, je ne le bâtirais certainement pas de cette façon. Je constate simplement qu'il existe. La question à laquelle il fallait que je réponde et à laquelle j'ai répondu, est que la Sécurité Sociale de base et les complémentaires doivent travailler ensemble, c'est-à-dire qu'elles aillent au-delà du co-paiement, qui est aujourd'hui leur action principale.

Nous sommes en présence de deux acteurs, que nous souhaitons conserver : ces deux acteurs doivent à présent travailler ensemble pour rendre le système le plus efficace et le plus optimal possible.

Hervé REQUILLART

Je crois que vous proposez même qu'il y ait un pilote principal et un co-pilote, notamment sur certains secteurs comme le dentaire pour lesquels vous proposez que les assurances complémentaires effectuent la gestion du risque en principal.

Quels avantages cela peut-il apporter ?

Jean-François CHADELAT

Tout à fait. Je souhaiterais être très clair sur ce point, dans la mesure où j'ai été accusé de tous les péchés de la terre. Le terme "co-pilotage" signifie que l'on est dans un avion guidé par deux pilotes. Je ne les ai pas moi-même placés, mais je constate qu'ils y sont. Cela implique qu'il y ait un pilote principal, et un co-pilote, et que ces deux pilotes manient "le manche à balai" dans le même sens, au risque que l'avion s'écrase. Il faut donc identifier quels sont les domaines où la Sécurité Sociale doit être le pilote principal, et quels sont les domaines où les assurances complémentaires doivent l'être.

Je précise bien que dans tous les cas de figure, le co-pilote est toujours aux côtés du pilote principal.

Il faut examiner un certain nombre de domaines. Je prendrai un exemple directement tiré du secteur dentaire. En 1997, les caisses de Sécurité sociale, la CNAM, la CANAM, et la MSA, et les Syndicats Dentaires, ont négocié et signé un accord. Madame AUBRY en a immédiatement fait un classement vertical, et l'on a retrouvé la Sécurité sociale d'un côté, et les dentistes de l'autre. Cet accord recelait beaucoup de bonnes choses, et était intéressant sur bien des points. Il a cependant été oublié. Je constate simplement qu'avant cela, ou en parallèle, les complémentaires santé avaient signé avec la profession dentaire des accords qui ressemblaient comme deux gouttes d'eau à ceux qui avaient été passés avec la Sécurité sociale. Les plus connus d'entre eux sont les accords passés avec la MGEN, les AGF, etc. La liste de ces

accords est impressionnante, et leur principe est rigoureusement analogue à celui qui avait été négocié avec la CNAM.

Les dentistes sont parfaitement libres d'accepter les accords passés avec les différentes mutuelles. Il s'agit d'un meilleur remboursement des soins conservateurs, avec en échange un plafonnement du tarif des prothèses. Ce système présente de nombreux avantages, pour le dentiste qui peut voir arriver une clientèle par ce canal, pour les complémentaires santé qui ont la possibilité de mieux maîtriser leurs coûts, et pour les clients qui bénéficient d'une meilleure prise en charge. Dans cet accord, les trois parties prenantes sont donc gagnantes.

En citant cet exemple au sein du groupe de travail, j'ai été pris à parti par les professions de santé et les syndicats de médecins qui ont estimé que si la Sécurité sociale appliquait cela, cela reviendrait à du conventionnement sélectif. Je leur ai répondu qu'ils avaient apparemment compris ce que je souhaitais leur dire. Cela est vrai dans cette opération. Si je vous cite cet exemple, c'est pour vous montrer que la Sécurité sociale ne peut, et ne pourra jamais faire ce genre de choses. Par contre, les assurances complémentaires peuvent le faire. Autrement dit, dans cet exemple du secteur dentaire – mais je peux citer d'autres secteurs comme l'optique – les complémentaires ont plus de facilités et de libertés à agir que ne l'a la Sécurité sociale.

Par sa taille et par ce qu'elle représente, la Sécurité sociale est amenée à supporter un certain nombre de contraintes dont les complémentaires peuvent s'affranchir.

Ce n'est pas parce que les complémentaires remboursent davantage en matière prothétique que la Sécurité sociale, mais bien parce qu'elles ont plus de facilités à agir qu'elles peuvent devenir le pilote principal, épaulées par la Sécurité sociale qui joue le rôle de co-pilote. Ceci peut leur permettre d'arriver à un système qui soit mieux maîtrisé, mieux régulé, mieux coordonné et mieux piloté. En effet, il est clair que c'est l'ensemble du système de protection qui est en cause si l'on ne réussit pas à mieux réguler l'ensemble du dispositif.

Hervé REQUILLART

Madame MEYER-MEURET, je ne vous demanderai pas s'il faut nationaliser les complémentaires. Je crois que vous partagez l'avis de Monsieur CHADELAT sur la notion de co-pilotage du système de santé. Les complémentaires, et notamment la mutualité, ont affirmé haut et fort en juin dernier lors de leur congrès la nécessité pour elles de gérer le risque et de pouvoir intervenir.

Confirmez-vous ce que dit Monsieur CHADELAT : les complémentaires sont-elles amenées à mieux gérer parce qu'elles sont davantage adaptables et qu'elles

connaissent moins de contraintes que le régime de base ?

D'autre part, cela implique-t-il le conventionnement sélectif ?

Christine MEYER-MEURET

Nous ne reprendrons pas avec Monsieur CHADELAT le débat sur les éléments qu'il a apportés concernant la place des assurances complémentaires dans le système. Le rapport réalisé par Monsieur CHADELAT au sein de ce groupe de travail a eu l'immense mérite de poser la vraie question de la place des régimes complémentaires dans le système de santé. La CMU avait effleuré cette question, sans véritablement la poser. Juste avant, le rapport de la Cour des Comptes avait indiqué que cette dernière avait essayé de s'interroger sur les assurances complémentaires. Ceci était la preuve que les pouvoirs publics ne savaient absolument pas ce qu'était le monde des assurances complémentaires, dont la complexité et la diversité sont importantes. Il est important de le rappeler.

Les assurances complémentaires ne représentent pas une entité unique, et elles peuvent occuper des positions très différentes, de même que des stratégies, des enjeux et des intérêts très diversifiés selon les familles de complémentaires, voire au sein même des familles de complémentaires.

La proposition rappelée par Monsieur CHADELAT est intéressante, du fait qu'elle soulève l'idée qu'il est difficile d'imaginer, à partir du système actuel, comment nous arriverons à avoir plusieurs intervenants. La question du montant des prélèvements obligatoires n'est pas la seule en cause. En effet, les marges de manœuvre d'actions et les relations avec les personnes qui sont assurées ne sont pas du tout les mêmes du point de vue des caisses de Sécurité sociale et du point de vue des assureurs complémentaires, des mutuelles ou des organismes agissant dans le cadre des contrats collectifs, que sont les institutions de prévoyance. Il est vrai que chacun possède des capacités d'agir sur le système. Nous partageons totalement la proposition de co-pilotage qui a été exprimée : le problème n'est pas tant de savoir si cette position est juste ou non, mais de savoir ce qu'elle permet, et pourquoi. Si elle permet d'agir ensemble et vers les mêmes objectifs, alors nous saurons si elle est juste ou non.

Entre les positions défendues par la mutualité – je ne me prononcerai pas sur les positions défendues par les autres familles d'assurance complémentaire –, et les missions que la Sécurité sociale doit défendre aujourd'hui, les objectifs sont bien d'améliorer la couverture sociale des assurés sociaux et des usagers, d'améliorer l'accès aux soins, et de garantir une égalité d'accès aux soins et une qualité de ces soins. À partir de ces objectifs communs, nous pouvons envisager comment réaliser un co-pilotage avec des partenaires qui ont des responsabilités propres et des marges de manœuvre différentes.

Pour pouvoir le faire, il est très important d'avoir une finalité commune avec le co-pilote. Bien évidemment, si l'objectif est d'accroître son chiffre d'affaires, ce ne sera pas le cas. Effectivement, une famille d'assurances complémentaires a revendiqué une gestion autonome sur le secteur bucco-dentaire. La Fédération des sociétés d'assurances (FSA) a exprimé publiquement sa position. La FSA a en effet clairement dit



qu'elle souhaitait et possédait la capacité de gérer seule l'ensemble de la chaîne bucco-dentaire. Ceci ne répond absolument pas à la position de co-pilotage et de partenariat défendue par la mutualité.

Je souhaiterais m'exprimer sur la manière dont ce co-pilotage peut-être envisagé. Je ne me prononcerai pas sur la question de la priorité de l'un par rapport à l'autre dans les différents secteurs : notre réflexion n'est pas encore assez avancée sur ce sujet. Cependant, si l'on prend un champ comme celui du secteur bucco-dentaire, on voit que l'hypothèse selon laquelle les uns gèreraient les soins et

les autres les prothèses est totalement absurde au regard de la santé publique bucco-dentaire. Ceci est une totale aberration, de même que l'idée selon laquelle les assureurs complémentaires gèreraient l'ensemble du secteur dentaire. Dès lors, comment peut-on, au sein de la prestation bucco-dentaire, envisager un partenariat ?

De nombreux débats ont lieu sur ces sujets, depuis déjà plusieurs années, avec les professionnels, avec les caisses d'assurances maladie, et entre les organismes d'assurance complémentaires. Un certain nombre de choses ont été dites. La première chose qui est absolument essentielle, est que nous soyons tous d'accord sur le fait que la prestation bucco-dentaire est un tout. Elle comporte aussi bien la gestion de la prévention que la prise en charge des restaurations lourdes, et les soins conservateurs. Il est important de rappeler que l'objectif est d'avoir des prises en charge et des actions de prévention les plus efficaces et les plus précoces possibles. Il est essentiel que l'ensemble des financeurs intervienne sur les actions de prévention. Les organismes ne doivent pas décider de conserver la prévention pour eux seuls, dans l'optique d'attirer les assurés ou de montrer qu'ils sont les meilleurs en terme de santé publique. Tous doivent avoir des responsabilités en matière de prévention.

Au cours d'une campagne à laquelle la CNSD n'a pas participé, nous nous sommes posé la question de savoir si, dans le cadre d'une réforme du secteur bucco-dentaire, nous pourrions avoir des actes de prévention qui seraient pris en charge à 100 % par les régimes obligatoires, et qui permettraient à des jeunes d'avoir accès aux actions de prévention. La mutualité a soutenu cette position, car il est absolument essentiel que tous aient accès à la prévention, qu'ils aient ou non une assurance complémentaire.

Effectivement, tous n'ont pas de complémentaire. Nous ne pourrions pas modifier cette situation : Monsieur CHADELAT a rappelé qu'une réforme CMU ne suffisait pas à doter tout le monde d'une assurance complémentaire. Les assureurs n'ont pas voulu que les régimes obligatoires prennent en charge à 100 % les actes de prévention pour les jeunes.

Je cite cet exemple pour vous montrer que l'on peut rentrer finement dans la question du co-pilotage.

En ce qui concerne les soins conservateurs, il est évident qu'il faut les revaloriser. Nous ne pouvons pas rester dans la situation actuelle. Je parle du point de vue de l'offreur de soins que sont les mutuelles avec les centres dentaires, mais également du point de vue de l'assureur santé. En effet, il est clair que si des prises en charge se font au niveau des soins, les prises en charge se feront moins rapidement sur les prothèses ou les restaurations lourdes. Une forte revalorisation des soins a des conséquences très lourdes pour les complémentaires du fait du ticket modérateur, qui est

effectivement pris en charge en général à 100 % sur les soins essentiels.

La revalorisation des soins conservateurs, telle qu'elle avait été négociée dans ce que l'on a appelé la nomenclature-passerelle, et qui était une émanation très large des travaux de la CCAM, avait des conséquences très lourdes en matière de complémentaire santé, car elle augmentait très fortement le coût des tickets modérateurs. Cela n'avait pas du tout été envisagé par les professionnels et la CNAM qui avaient négocié cette nomenclature-passerelle.

Il n'était pas possible de se laisser prendre dans le jeu des transferts comme on peut le voir aujourd'hui : on augmente le ticket modérateur sur les médicaments et on se dit qu'on n'aura pas d'incidence sur l'emploi de l'industrie pharmaceutique dans la mesure où les complémentaires payeront tout le ticket modérateur.

En réponse aux propos tenus par Monsieur CHADELAT, afin que les complémentaires ne paient pas tout le ticket modérateur lorsque l'on passe 500 médicaments de 65 à 35 %, il faudrait qu'elles puissent discriminer ceux qui étaient auparavant à 35 % de ceux qui étaient auparavant à 65 %. Or elles ne le peuvent pas, et il y a un problème d'accès à l'information, ce que tout le monde ne sait pas. La situation est ainsi depuis 1999.

Sur les soins conservateurs, nous pouvons avoir des objectifs partagés en terme de santé publique, et nous jouons sur des masses économiques sur lesquelles il nous faut réfléchir.

Si nous augmentons fortement les tickets modérateurs en terme de couverture complémentaire, qui pénalise-t-on ?

Il ne s'agit pas des cadres supérieurs qui possèdent des couvertures très élevées avec des prothèses dentaires à 500 %, mais bien des personnes qui possèdent de petits contrats et qui ne possèdent que de la couverture en tickets modérateurs. Ce sont ces derniers qui se prennent de plein fouet la revalorisation des soins conservateurs dans l'augmentation du coût des contrats. J'estime que ce sont des points importants, sur lesquels il nous faut réfléchir.

Monsieur CHADELAT a dit l'essentiel de ce qu'il y avait à dire sur la prothèse dentaire. Il nous faut nous inscrire dans une négociation où l'on travaille de manière cohérente sur l'ensemble de la prestation bucco-dentaire, et où l'on réfléchit sur la manière dont nous pouvons nous organiser de façon économiquement raisonnable, sans pénaliser la qualité des soins, sur un secteur comme celui de la prothèse dentaire.

Hervé REQUILLART

Je vous remercie. Je propose à l'auditoire de poser une seule question, de manière à ce que les trois autres participants puissent intervenir.

Dr Alain LEBOURIS

Fédération des Syndicats dentaires libéraux

Je partage tout à fait le point de vue de Monsieur CHADELAT, si cela peut le rassurer sur son étude. J'y ajouterai toutefois un léger bémol.

Nous sommes dans un système très vieillissant : vous avez tout à fait raison en disant que s'il fallait reconstruire le système, vous le feriez autrement.

Par contre, il faudrait ajouter quelques garde-fous. La profession ne voudrait pas passer d'un système d'obsolescence complète au niveau des nomenclatures de la chirurgie dentaire à un système de prestataires de services de tel ou tel financier "guettant à l'orée du bois" pour pouvoir saisir un marché et proposer par la suite à leurs adhérents de l'assurance-vie ou autre. Il ne faudrait pas que le dentaire devienne un produit d'appel pour d'autres prestations.

J'ai un vécu à ce niveau - je fais partie du comité de liaison au niveau du Conseil national de l'Ordre -, à propos des protocoles que nous essayons de mettre en place avec les différents partenaires. Un problème technique se pose au niveau de ces protocoles. Auparavant, du point de vue déontologique, un confrère qui se permettait de téléphoner à une mutuelle pour connaître ses bases de remboursement pour appliquer son tarif en fonction de la mutuelle était condamnable par l'ordre national. Actuellement, le problème ne se pose plus, et le confrère voit arriver un patient relevant de telle mutuelle ou de telle assurance privée, avec sa grille de prix. L'acte du praticien ne sera donc plus jugé selon sa valeur propre, mais selon la possibilité contractuelle de l'adhérent avec sa mutuelle ou son assureur privé. Cela pose donc un problème déontologique, à tel point que j'ai connu cette expérience par trois fois dans mon cabinet.

J'ai dû refuser trois travaux, dans la mesure où l'assureur complémentaire me demandait de modifier mon devis pour augmenter le prix d'une couronne et baisser le prix de mon appareil, afin que je rentre dans ses créneaux et que son adhérent soit mieux remboursé. J'ai indiqué que je faisais un devis global, et que je ne pouvais pas détailler mon devis à la demande. Ceci est une ingérence dans le travail du praticien. Jamais l'assurance maladie obligatoire, par le biais des chirurgiens dentistes conseils, ne s'est permise de s'immiscer dans la pratique professionnelle. Ceci est un garde-fou que je vous conseille en toute sympa-

thie, afin de faire avancer le système, au risque de rencontrer d'importants problèmes.

En ce qui concerne la mutuelle, un autre garde-fou doit être associé à la CMG.

Cette couverture maladie généralisée ne va-t-elle pas induire une nouvelle consommation supplémentaire au niveau de l'assurance maladie obligatoire ?

Dans la mesure où nous allons créer une couverture médicale généralisée, avec une aide progressive en fonction du revenu des personnes et jusqu'à un certain plafond, ceci ne va-t-il pas induire un niveau de dépenses supplémentaires qui coûtera encore plus cher à l'AMO, dans la mesure où cela agira sur la base et pas sur la complémentaire ?

J'essaie de développer ces petites notions, afin que l'on ne dise pas qu'il y a de la surconsommation médicale.

Jean-François CHADELAT

En ce qui concerne le premier point que vous avez évoqué, à savoir que le système était vieillissant, il s'agit effectivement d'une constatation qui est malheureusement d'une triste banalité. Il suffit pour cela d'examiner toute la nomenclature dentaire. Il est invraisemblable que ce système n'ait pas réussi à évoluer. Le problème actuel est qu'il a pris un tel retard que nous nous trouvons confrontés à des masses qui sont ingérables. Mon collègue Michel YAHIEL a rédigé un rapport sur cette question. Le seul reproche que je lui ai fait a été de lui dire que je pouvais produire un tel rapport tous les jours : il n'est pas difficile de présenter une telle addition. Il s'agit à présent de sortir de la nasse dans laquelle nous nous sommes progressivement enfermés depuis trente ans.

D'autre part, il est évident qu'il y a complémentaire et complémentaire. Ceci n'est pas forcément dû à la nature juridique, mais est plutôt lié à la nature et à la variété des contrats. Nous nous retrouvons dans certains cas de figure avec des pratiques que personnellement je n'apprécie pas et que je considère comme nuisibles à bien des égards, à savoir les systèmes des HMO américains (Health Maintenance Organizations). Ce que vous venez de me décrire relève bien de ces systèmes. Cela signifie encore une fois qu'il y aura contrat et contrat. Ce n'est donc pas un hasard si j'ai défini ce que j'ai appelé l'assu-

rance maladie complémentaire de base, et ce que Monsieur Daniel LENOIR a appelé la complémentaire-étalon. Je crois qu'il est très important que ce contrat type réponde à un cahier des charges et à des règles de bonnes pratiques. On trouve en effet des règles qui ne relèvent pas de la bonne pratique et qui sont contraires aux principes élémentaires de la déontologie.

En ce qui concerne le dernier point sur lequel je voulais vous répondre : si vous visez et la CMU et l'AME qui est actuellement sous les feux des critiques, ces critiques sont tout à fait excessives. J'ai écrit aux ordres de toutes les professions et à tous les syndicats médicaux, dentaires et pharmaceutiques à propos de la CMU, car je suis chargé de réaliser le rapport d'évaluation de la loi. Un vrai problème existe avec la profession dentaire.

Si l'on examine les statistiques, on constate qu'il n'y a pas eu d'inflation de dépenses avec l'introduction de la CMU et de l'AME. Ceci est facile à démontrer pour la CMU, et ceci peut surprendre davantage avec l'AME.

L'AME ne concerne que 150 000 personnes, qui sont des étrangers en situation irrégulière. Dans un certain nombre de cas, il s'agit de pratiques évidemment condamnables que l'on définit comme du tourisme sanitaire.

Cependant, qu'il s'agisse de touristes sanitaires ou d'étrangers en situation irrégulière cherchant à se faire soigner, ces personnes allaient dans l'immense majorité des cas en milieu hospitalier et en repartaient les mains dans les poches.

Ensuite, l'hôpital avait une créance irrécouvrable qui, d'une manière ou d'une autre, retombait sur la Sécurité sociale, dans la mesure où il fallait augmenter la dotation globale hospitalière. Les chiffres qui sont utilisés au niveau de l'AME ne sont que la résurgence de créances irrécouvrables.

Ceci étant, le nombre d'étrangers en situation irrégulière a augmenté et les dépenses sont en conséquence plus importantes.

En ce qui concerne la CMU, je vous indique que les effectifs sont à 4,5 millions, et ils sont plutôt en légère baisse depuis l'origine. La consommation moyenne est effectivement plus élevée, mais elle est tout à fait classique : elle correspond à celle qui est relevée pour l'ensemble des mutuelles. Dans la structure des dépenses, on retrouve au premier poste les médicaments. La particularité est que la consommation en consultations externes est vingt fois supérieure chez les bénéficiaires de la CMU que chez les personnes couvertes par une complémentaire normale. Il semble qu'ils continuent par habitude à se rendre à l'hôpital, qu'il considère comme un endroit où l'on soigne. L'apprentissage de la relation des patients les plus pauvres et les plus défavorisés avec cette nouvelle formule d'accès aux soins s'est cependant fait, et ce que je peux dire dans

le rapport au Parlement ne correspond pas exactement à ce qu'a dit mon collègue CARCENAC dans le premier rapport fourni en 1991.

Hervé REQUILLART

Docteur REIGNAULT, comment ressentez-vous la perspective de contractualiser demain avec des complémentaires qui ont un rôle accru dans la gestion des risques : vous réjouit-elle, l'attendez-vous ou la craignez-vous ?

Avez-vous des craintes sur la notion de conventionnement sélectif, que nous avons évoquée avec Madame MEYER-MEURET ?

Dr Jacques REIGNAULT

Il y a deux questions dans votre demande, et je voudrais réagir sans m'emporter dans la mesure où nous parlons beaucoup du dentaire, car j'ai la réputation d'être colérique sur ces sujets.

Le dossier dentaire a été complètement perverti et laissé pour compte, ce qui nous a conduits à passer des accords avec les assurances complémentaires. Vous pouvez au moins nous rendre gré de cela. Cela a d'ailleurs fait dire à Monsieur Jean-Marie SPAETH que si le dossier dentaire n'avancait pas avec l'assurance obligatoire, c'était parce que la profession s'était trop tournée vers les complémentaires. C'est un comble d'entendre ce genre de raisonnement. Il nous fallait solvabiliser une demande, et vous connaissez les chiffres autant que moi. La répartition est en gros un tiers pour l'assurance obligatoire, un tiers pour la complémentaire, et un tiers pour les ménages. Ceci est une singularité dans l'ensemble du paysage de la protection sociale, et Monsieur CHADELAT ne démentira pas cela. Il y a donc des distorsions au moins d'honoraires sur les soins conservateurs qui eux sont "opposables", et l'on comprend que les honoraires n'aient pas bougé.

Je ferai une remarque à Madame MEYER-MEURET et à Monsieur CHADELAT sur le dossier de la convention de 1997. Un accord gagnant/gagnant avait effectivement été passé entre autres par mon organisation. Le constat que tous ont fait, et que Monsieur YAHIEL a d'ailleurs repris dans son rapport, a été de dire que les soins conservateurs étaient sous-honorés.

En utilisant un vocabulaire d'entrepreneur, avec 70 % de notre activité, ces soins représentent en effet seulement 30 % de notre chiffre d'affaires. En conséquence, les traitements prothétiques sont peut-être surévalués et font l'objet d'une compensation : avec un tiers de notre activité, ils représentent deux tiers de notre chiffre d'affaires. Cette situation est totalement malsaine. Nous nous sommes trouvés dans une inversion de consensus. Vous avez cité les Trente Glorieuses où tout le monde se satisfaisait du sujet, à commencer par les

chirurgiens dentistes. Le secteur d'honoraires était très libre et très vaste, avec "un stock de prothèses à consommer" qui faisait que la rentabilité d'un cabinet dentaire était parfaite, et que le fait que les caisses n'augmentaient pas n'était pas trop ennuyeux.

Cela ne coûtait pas cher aux caisses puisqu'elles ne le prenaient pas en charge, et la complémentaire intervenait peu dans ce dossier. Le fatalisme des patients, qui persiste encore d'ailleurs, leur faisait accepter le fait que les soins dentaires, comme les lunettes, étaient mal remboursés. Vous n'auriez pas pu augmenter une consultation médicale d'un franc sans entendre une protestation de la collectivité nationale, alors que le secteur dentaire affichait des honoraires libres et acceptés par tous.

Aux Trente Glorieuses ont succédé les Vingt Piteuses : le public s'est rendu compte qu'il payait cher en cotisations mutualistes et qu'il était mal remboursé. Il commence donc à protester, les caisses avouent qu'elles font mal leur travail, et les pouvoirs politiques, avec un certain courage rétrospectif, disent qu'ils doivent intervenir si il y a des vagues. Nous en sommes encore là pour l'instant.

Nous avons tenté de corriger ce secteur en 1997, en signant un accord gagnant/gagnant. Depuis sept ans, il ne s'est toujours rien passé. Cet accord consistait à revaloriser certains soins conservateurs, et en contrepartie à accepter un plafonnement de certains honoraires prothétiques, selon un principe de vases communicants.

Ceci devait avoir pour effet de représenter un coût nul pour le patient dans la mesure où l'augmentation des dépenses n'était pas envisageable. Le coût n'était pas tout à fait nul pour la CNAM et les régimes obligatoires, dans la mesure où la revalorisation des soins conservateurs entraînait un coût. C'est la raison pour laquelle Madame AUBRY l'a bloquée.

Dans la nouvelle gouvernance, nous devons intervenir dans ce Haut Conseil de la Santé pour expliquer que ce conflit permanent entre le pouvoir étatique politique et les caisses est destructeur et terriblement néfaste au bon fonctionnement du système. L'État doit être garant, mais en aucun cas gérant. Il l'a cependant fait, et Madame AUBRY ne s'est par ailleurs pas gênée pour prendre de l'argent dans les caisses de l'État afin de financer les 35 h. Le gouvernement a cependant estimé que le secteur dentaire coûtait trop cher, et a décidé de tout arrêter. Lorsque

Madame AUBRY s'est rendue compte que la CMU engendrait de nouvelles contraintes notamment tarifaires, elle m'a personnellement indiqué qu'elle avait bien compris le problème du secteur dentaire avec la CMU, mais qu'elle ne pouvait pas faire autrement dans la mesure où nous n'avions pas pu nous mettre d'accord avec les caisses, et qu'elle passait l'arrêté qui concernait nos tarifs. Par contre, elle envisageait de remettre en vigueur l'arrêté qu'elle avait bloqué en 1998.

Que s'est-il alors passé au niveau de la caisse ? - Et c'est ici le "coup de griffes" que je veux lancer à Madame MEYER-MEURET.

Les administrateurs des caisses ont à l'unanimité voté contre la décision de remettre en œuvre un arrêté qui visait simplement à remettre en vigueur leur signature. Il n'est jamais plaisant de renier sa signature. Si je l'avais fait, j'aurais eu à subir quelques sanctions conventionnelles : les caisses peuvent se permettre de le faire sans encourir aucune sanction. Pour quelles raisons l'ont-elles fait ?

A ce moment, la convention d'objectifs et de gestion passée entre l'État et les caisses donnait à ces dernières la capacité de gérer l'objectif des dépenses de médecine de ville, les fameux ODD.

Monsieur Jean-Marie SPAETH et son Conseil d'administration ont donc décidé à l'unanimité que l'État ne pouvait pas leur confier la gestion des dépenses et dans le même temps nous "plomber" d'entrée par une lettre visant à augmenter nos propres dépenses avec le dentaire. Le processus a donc été bloqué, et nous

nous sommes fait avoir à deux reprises. La troisième sera donc peut-être différente.

En ce qui concerne cette troisième fois, je suis très inquiet sur la question du co-pilotage. J'ai à l'esprit l'exemple du co-pilotage de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Les assurances obligatoires et complémentaires se sont entendues et ont convenu que les dépenses inhérentes à 6 millions de personnes allaient être très coûteuses. Elles ont donc décidé de fixer des plafonds et de fixer des tarifs pas trop élevés. On nous a présenté un beau catalogue d'actes. J'ai rappelé à Monsieur SPAETH que la loi du 4 avril indiquait que les professionnels devaient se mettre en rapport dans le cadre des conventions pour mettre en place mes tarifs et frais accessoires de la CMU. En conséquence, j'ai demandé à Monsieur SPAETH que nous nous réunissions, ce que nous n'avons jamais réussi à faire. En conséquence, Madame AUBRY a indiqué à l'époque que nous n'avions pas pu nous entendre avec les caisses, et qu'elle se voyait obligée de passer l'arrêté CMU fin décembre 1999.

Pendant ce temps, les assurances complémentaires et obligatoires s'étaient entendues pour fixer nos tarifs. La situation n'a pas évolué depuis 1999. Quand on passe des accords les tarifs ne bougent plus jamais ensuite. Ceci est valable dans tous les domaines, et pas seulement ceux de la santé. Je citerai l'exemple du secteur juridictionnel, pour lequel les avocats ont manifesté dans les rues pour tenter d'obtenir une revalorisation. En ce qui nous concerne, nous en sommes là avec la CMU.

En clair, la CMU correspond à des tarifs 30 à 50 % inférieurs à ce qu'ils devraient être sur le marché. On peut toujours dire que cela n'a pas coûté cher au système obligatoire, mais c'est oublier la contribution des chirurgiens dentistes, lorsqu'ils ont 20 à 30 % de leur clientèle qui bénéficient de la CMU, et qui leur coûtent très cher.

Tout le monde sait que les dépenses vont augmenter, et que la pente d'augmentation des dépenses de santé de la population, c'est-à-dire la consommation en biens et services médicaux, va croître d'environ 6 à 7 % par an. En revanche, quelle va être la croissance des remboursements et de la prise en charge du régime obligatoire. Si nous sommes optimistes et en y intégrant un peu de CSG, elle sera peut-être de 3 ou 4 %. Il y aura donc toujours un différentiel de 2 à 3 % entre la consommation des ménages en matière de santé (et notamment en dentaire) et les possibilités de prise en charge des caisses, à moins d'augmenter encore les impôts.

Le fait de peser sur l'offre se fait depuis des décennies mais n'a jamais fonctionné (lettres T flottantes, reverses entrepris par la Droite ou la Gauche), en dehors peut-être du point de vue électoral, dans la



mesure où il est plus facile de léser 250 000 professionnels de santé que 60 millions d'électeurs. Il serait alors temps d'élargir le débat. Le débat sur le co-pilotage doit justement se faire à trois, et je sais que cela n'est pas aisé à faire fonctionner. Si les trois parties doivent se rencontrer un jour, nous devons essayer d'éviter deux écueils.

Monsieur CHADELAT a évoqué le premier : il s'agit de la prise en charge du premier euro d'une discipline totale, qu'il s'agisse de la discipline dentaire ou d'une autre. Les gens ont compris que cela était exclu. Le débat petit risque/gros risque est également évacué. Si nous travaillons ensemble, le second véritable écueil à éviter est que ce n'est pas simplement vous qui vous entendez pour fixer nos tarifs dans une économie administrée, mais nous tous ensemble qui devons nous entendre pour savoir : qui prend quoi en charge, pour quelle raison tel élément est pris en charge, comment les éléments pris en charge par la solidarité ou par l'assurance complémentaire le sont... Si vous revalorisez les soins conservateurs, il m'importe effectivement peu de savoir que la Sécurité sociale prenne 30 % et les complémentaires 40 %, ou l'inverse. La seule condition est que le tarif opposable implique en ce qui me concerne un remboursement à 70 % pour le financeur, l'assureur, les complémentaires ou l'obligatoire, dans la mesure où il s'agit d'une profession médicale.

Ceci est une des règles que nous devrions essayer de mettre en place. Le vrai sujet est celui-ci : dans la nouvelle gouvernance, à quel moment se déroulera, et où sera la place de la négociation entre l'assurance obligatoire, les assurances complémentaires, et les professionnels de santé ? Je ne veux pas intervenir sur ce qui a été présenté précédemment au sujet des plates-formes, car je risquerais de m'emporter ! C'est exactement l'exemple de ce qu'il ne faut pas faire : nous tenons au terme de contractualisation. En effet, le fait de contractualiser implique le respect des accords passés. Il sera nécessaire d'aménager ces accords, et de les faire évoluer. La contractualisation n'est pas un vain mot. Nous voyons des plates-formes qui vont discuter des devis et réaliser des consultations téléphoniques. Tout ceci est déontologiquement détestable.

Hervé REQUILLART

En fait, vous souhaitez mettre en place un contrat-type négocié au titre de la collectivité des dentistes, avec un cahier des charges.

Dr Jacques REIGNAULT

Tout à fait, je crois aux relais d'opinion.

La Droite comme la Gauche ont toujours méprisé les syndicats, ce qui leur a toujours joué un mauvais tour un moment des élections. Il ne s'agit pas de politique

mais d'un constat vécu. La Gauche méprise les relais d'opinion et les syndicats parce qu'elle représente les salariés ou les assurés, et qu'elle prétend savoir ce qui est bon pour eux. La Droite préfère faire appel à de grandes figures comme le Professeur CABROL ou d'autres, et s'adjoint ainsi de bonnes cautions morales. En France, la Confédération nationale des syndicats dentaires regroupe la moitié de la population en exercice. Si, avec une revue, des informations et des possibilités de négociations, la Confédération ne possède pas les capacités d'avancer dans les contrats, c'est qu'elle est véritablement peu douée ou que vous ne vous servez pas d'elle ! Madame MEYER-MEURET a d'ailleurs indiqué que les mutuelles avaient envisagé, avec d'autres, d'agir seules.

Il est capital de pouvoir travailler ensemble. La FNMF a émis des propositions auxquelles je ne suis pas totalement opposé. Personne ne souhaite mettre totalement à bas le système de l'architecture actuelle de la protection sociale en France, dans la mesure où l'on parle de modernisation plutôt que de réformes.

Cette architecture est globalement correcte, et nous devons y intégrer davantage d'État-garant et un peu moins d'État-gérant, en essayant de mettre des garde-fous afin que l'État n'intervienne pas systématiquement. Faisons également notre mea culpa, et inversement, lorsque les professionnels de santé ne s'entendent pas avec les caisses, qu'ils n'aillent pas systématiquement toquer à la porte du Ministre pour s'en plaindre. Une fois que nous aurons résolu cela, nous devons faire davantage fonctionner le système en amont.

La Conférence nationale de Santé a failli disparaître, mais a été remise en vigueur. Le Parlement, supposé éclairé, fixe de grandes priorités et éventuellement quelques allocations de ressources, un objectif de dépenses de croissance et de dépenses d'assurance maladie sur lequel nous avons encore beaucoup d'inquiétudes. Si nous admettons que cela fonctionne, le "bébé" serait ensuite redonné aux caisses, et l'on dirait aux professionnels de santé de discuter avec ces dernières des honoraires. Je ne parle même pas de l'hospitalisation publique, dans la mesure où la CNAM possède juste une ligne comptable et approuve les 45 milliards d'euros de dépenses d'hospitalisation sans aller au-delà alors que l'hôpital externalise de plus en plus et redonne des dépenses au secteur de ville. La discussion se fera ensuite institution par institution : hospitalisation privée, médecins,

pharmaciens, chirurgiens dentistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues (qui n'ont pas encore de convention). Ainsi, chacun discutera de sa propre revalorisation tarifaire. Ce système ne fonctionne pas.

Est-il alors possible d'avoir un lieu de discussion et de préparation de ces négociations tarifaires? C'est ici où je vous interpelle : les deux financeurs et les professionnels de santé doivent trouver un lieu où se réunir, en amont de la négociation simplement tarifaire. Comment rendre explicite une nomenclature qui est implicite? La CMU ne nous a pas donné d'espoir dans ce domaine, alors que nous avions l'occasion unique de travailler sur un "panier" de soins. La population concernée possède des besoins spécifiques : il fallait définir ces besoins, choisir les actes à prendre en charge, s'organiser pour savoir qui prenait ces soins en charge, déterminer les prix, etc. Nous avons manqué cela : ils ont pris la nomenclature et calqué sur cette dernière un tarif pas trop élevé afin que les assurances complémentaires et obligatoire n'en souffrent pas trop. Les assurances complémentaires ont par ailleurs davantage souffert que l'assurance obligatoire, qui s'est tranquillement organisée pour laisser solvabiliser par d'autres.

Hervé REQUILLART

Nous étions dans une enveloppe fermée a priori, et il aurait fallu entrer dans cette enveloppe...

Dr Jacques REIGNAULT

Nous avons en grande partie assimilé cette enveloppe. Monsieur CHADELAT, si vous vous occupez encore de la CMU, vous risquez d'entendre vos oreilles siffler!

Jean-François CHADELAT

Je le sais, car je vous ai demandé votre avis...

Dr Jacques REIGNAULT

Nous ne souhaitons pas revivre cela. Il faut prendre des exemples concrets afin de déterminer comment nous devons nous orienter et travailler. Nous sommes à présent dans un système où il n'est pas possible de mettre de côté les effecteurs, qui sont les professionnels de santé, à qui l'on dit ce qu'ils doivent faire. La méthode consistant à attaquer l'offre est obsolète. Il n'est pas sain que les financeurs complémentaires acceptent de passer derrière comme des payeurs

aveugles : ceci doit également cesser. De même, il n'est pas sain que l'assurance obligatoire gère tout sans rien vouloir changer et en voulant tout prendre en charge, ce qui pèse sur les prix. Nous souhaitons déterminer un lieu afin de pouvoir en discuter, et rendre explicite et transparent ce qui pour l'instant est obscur.

Hervé REQUILLART

Vous qui êtes le seul ici à siéger au Haut Conseil, pouvez-vous nous dire s'il s'agit d'une bonne méthode ou s'il s'agit plutôt d'une "anesthésie collective".

Comment le percevez-vous?

Dr Jacques REIGNAULT

La réunion qui devait se dérouler aujourd'hui a été annulée. Je ferai mes commentaires à titre quasiment personnel. Dans ce domaine, nous pouvons dire que le constat est déjà fait, au moins par les acteurs essentiels : les professionnels de santé, les caisses, les pouvoirs politiques et les pouvoirs publics. Tout le monde sait à peu près où nous en sommes en ce qui concerne l'évolution des dépenses d'assurance maladie, la croissance de ces dépenses de santé, et les recettes. En cela, le diagnostic est posé.

Actuellement, on nous fait faire un diagnostic partagé. Il est possible que le niveau d'information des uns et des autres ne soit pas totalement symétrique. Nous devons nous y atteler, et nous avons deux mois afin que tous comprennent bien la situation et l'état des lieux.

Cela n'est pas inintéressant, car les solutions qui découleront de ce diagnostic partagé, qui ne seront lancées qu'au début de l'année prochaine, doivent être basées sur un état des lieux consensuel. Les solutions ne seront pas les mêmes lorsqu'il sera question de la complémentarité et de la prise en charge. Par exemple, il est dit que le taux de remboursement s'améliore (il est passé de 73 % à 76 ou 77 %). En réalité, cela cache beaucoup de choses. Cela signifie qu'il y a beaucoup plus d'AMD que de CMU qui prend en charge à 100 %. Par contre, dans un certain nombre de secteurs, les remboursements ne sont pas améliorés mais sont au contraire diminués, et je pense à notre secteur dentaire.

La nécessité d'un constat partagé, ce que représente en quelque sorte le Conseil d'orientation des retraites, est de s'accorder sur l'état de la situation actuelle et à partir de là, de passer aux projets.

C'est ici que les uns et les autres vont certainement s'affronter. Pour les retraites, la situation était relativement facile - et pourtant tout ne s'est pas déroulé simplement - dans la mesure où les gens savent qu'il y aura davantage de retraités et moins d'actifs, qu'ils vivront plus vieux, qu'il faudra ou augmenter le taux de cotisation ou augmenter le nombre d'années tra-

vaillées... Il fallait trouver le bon compromis pour que les gens l'acceptent.

Dans le cas de l'Assurance maladie, nous vivons avec le trou de la Sécurité sociale depuis des décennies.

C'est là aussi où le diagnostic partagé est intéressant : même si nous revenions à l'équilibre cette année, nous aurions encore, en 2010, 14 milliards d'euros de déficit. Nous allons donc reporter sur les générations futures, comme nous aurions pu le faire pour la retraite si les décisions n'avaient pas été prises. La méthode est trop longue sur un diagnostic déjà avancé, mais j'espère qu'elle permettra au moins de se débarrasser des visions idéologiques et de se concentrer sur l'état des lieux et les solutions permettant d'éviter de reporter le problème sur les générations futures.

Il y a un problème, notamment au niveau de l'assurance maladie, de gouvernance et de rapport entre les différents acteurs. Nous souhaitons dans tous les cas être acteurs, et sûrement pas être écartés du débat.

Hervé REQUILLART

Madame MILLS, pouvez-vous élargir le débat engagé par Monsieur REIGNAULT sur le trou de la Sécurité sociale et la concertation lancée par le Haut Conseil.

Vous possédez un regard polémique et critique sur cette réforme : que craignez-vous qu'il en sorte aujourd'hui?

Catherine MILLS

Je vais essayer de cerner les rares points d'accord et ceux de désaccord que j'ai pu relever au cours des discussions, ainsi que les éventuelles pistes de réflexion. Je ne sais pas quel rôle je vais jouer ici, sauf peut-être celui du vilain petit canard!

Le premier point sur lequel tous sont d'accord est qu'il y a bien une crise d'efficacité des systèmes de santé : le désaccord concerne le diagnostic.

J'avais applaudi le précédent rapport de Monsieur CHADELAT sur les propositions de réformes du financement de la protection sociale, et qui avait soulevé un des principaux problèmes qui nous occupe. Je suis beaucoup plus critique sur le rapport dont nous parlons aujourd'hui. Une des causes de cette crise du système de santé est à rechercher du côté des dépenses, qui sont mal orientées et inégalitaires.

Je ne pense pas que les réformes proposées règlent cette question, bien au contraire. Il est nécessaire de réfléchir, et je partage en cela certains propos tenus par M. REIGNAULT visant à obtenir de meilleurs résultats du système de santé, et à mieux utiliser les fonds. Il est nécessaire d'identifier les domaines où le système fonctionne mal : la santé au travail, les inégalités d'espérance de vie qui existent entre le milieu ouvrier et celui des cadres supérieurs, le financement.

Le rapport de la Cour des comptes le montre bien : lorsque le taux de croissance reste extrêmement faible, le point de croissance du PIB perd un point, et l'on perd 2 milliards de recettes. On observe le même phénomène lorsque le taux de chômage remonte : le fait d'avoir 100 000 chômeurs de plus entraîne une perte d'un milliard de recettes. Nous payons une politique économique qui accentue l'insuffisance de la croissance et la remontée du chômage.

Nous devons donc mener un travail sur notre système de santé.

Le deuxième point d'accord est que les réformes sont nécessaires. Le désaccord est fondamental sur le contenu de ces réformes. Je note que Monsieur CHADELAT n'y est pour rien. Tout d'abord, le MEDEF a proposé un plan de nouvelle architecture de la Sécurité sociale. Il s'agit essentiellement d'un plan d'assureur, dans la mesure où il a été élaboré par Monsieur Denis KESSLER, qui était président de la Fédération française des sociétés d'assurance. Ensuite est arrivé Monsieur MATTEI, qui a bien démarré en mettant en avant le fait que les dépenses de santé servaient à quelque chose, et en disant que dans un pays moderne, plus le niveau de développement s'élève, plus les dépenses de santé s'élèvent. J'estime que cette corrélation est normale et même positive.

En effet, les dépenses de santé engendrent de la croissance : elles contribuent pour 10 points à la croissance du PIB et de l'emploi. Il est important de parler des effets positifs des dépenses de santé. Elles créent des débouchés et des marchés, et développent la productivité du travail.

En effet, une force de travail mieux soignée et dont la santé est promue représente un facteur de développement pour l'entreprise elle-même.

La démarche de Monsieur MATTEI s'est ensuite compliquée. Comme on peut le lire dans le rapport de Monsieur CHADELAT, il a en effet déclaré que la dépense publique ne pouvait pas être infinie. Les dépenses de santé vont augmenter, mais le problème vient du fait que la dépense publique soit remboursable. On retrouve l'idée de prélèvement obligatoire et de cotisations sociales trop lourds et à réduire. Je ne conteste pas les rapports produits par les uns et les autres, mais plutôt la logique économique qui est sous-tendue dans ces rapports. De même, je ne suis pas d'accord avec la logique d'éclatement du système de santé.

Le rapport de Monsieur CHADELAT fait état de quatre étages : l'Assurance Maladie obligatoire (incluant la CMU) ; l'Assurance Maladie complémentaire de base (incluant la CMU complémentaire) ; les mixtages (contrats possibles entre l'Assurance Maladie obligatoire et l'Assurance Maladie complémentaire de base) ; le quatrième niveau, complètement libre, dont nous n'avons pas parlé aujourd'hui, est celui du sur-complémentaire, c'est-à-dire de l'assurance. Certaines mutuelles pensent qu'elles vont s'en sortir : pour ma part, je crois qu'elles seront condamnées à devenir des compagnies d'assurance. Si nous fonctionnons selon une logique de rentabilité financière, les mutuelles seront dans l'obligation de suivre cette politique.

Je suis totalement favorable à une discussion réunissant les acteurs et se basant sur leur point de vue. Les différents acteurs ont en effet de nombreuses choses à dire : nous ne devons pas oublier les acteurs sociaux et les professionnels de santé, qui possèdent de nombreuses idées sur la réforme des systèmes de santé. D'autre part, j'estime que nous ne réussirons pas en nous basant sur un système de santé complètement éclaté. Je suis favorable à la logique solidaire, qui est celle des fondateurs de la Sécurité sociale. Je suis également favorable au développement du complémentaire et à l'établissement d'une réflexion entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire. La notion de co-pilotage doit réaffirmer la solidarité nationale, et l'unité et l'égalité devant l'accès aux soins.

Nous nous dirigeons vers un système équivalent à celui appliqué aux Pays-Bas. Il s'agit d'un système complètement éclaté, où l'on ne bénéficie pas de la même couverture selon le type de risques, selon les revenus et selon la gravité de la maladie. Les indicateurs de santé des Pays-Bas sont bien moins bons que ceux de la France, et on assiste à une augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB.

Les États-Unis sont le pays où la part des dépenses de santé privée est la plus importante : 73 % des dépenses de santé sont financées par des assurances. Le système de santé des États-Unis est le plus cher du monde, tout en affichant d'énormes inégalités de santé, et des indicateurs moyens qui ne sont pas corrects. L'exemple montre que plus le système est privé, plus il est cher. Si l'on prend l'exemple des pays scandinaves, on voit que plus le système est gratuit, plus il est efficace et économe.

J'aborderai à présent la question du finance-

ment. Je ne comprends pas, Monsieur CHADELAT, pour quelles raisons vous ne reprenez pas les propositions que vous aviez énoncées dans votre rapport hétérodoxe. Ce dernier proposait une réforme de l'assiette des cotisations patronales, tenant compte de la contribution des entreprises à l'emploi. J'ai été très heureuse de voir apparaître ces propositions, que je suggère moi-même depuis 1983. Alors qu'il allait très loin et était très intéressant, ce rapport, une fois remis à Monsieur JOSPIN, a malheureusement été mis dans un tiroir. Monsieur JOSPIN a commandé un second rapport (le rapport MALINVEAU) qui s'est révélé plus proche de la "pensée unique", et qui recommandait seulement de réduire massivement les cotisations patronales. J'estime qu'il y a donc un vrai problème de financement, et que la clef de la réforme doit être branchée sur l'emploi et la croissance. C'est bien de cela que nous devons parler, et pas d'éclater notre système de Sécurité sociale.

Hervé REQUILLART

Dans la mesure où les dépenses de santé vont inéluctablement augmenter, il faut qu'elles soient financées.

Faut-il augmenter les prélèvements, et jusqu'où ?

Faut-il laisser un reste à charge aux assurés ?

Certains soins doivent-ils être davantage pris en charge que d'autres (dits soins de confort) ?

Admettez-vous ces solutions, et quelles sont celles sur lesquelles nous pouvons travailler ?

Catherine MILLS

Je condamne totalement la notion du système de "panier de soins", selon laquelle on aurait un système spécifique pour les personnes plus pauvres, les personnes de revenus moyens et celles de revenus élevés. Je suis également en total désaccord avec la séparation gros risques et petits risques, et avec l'idée d'identifier ce qui est "médicalement utile".

Hervé REQUILLART

Par exemple, les visites du médecin généraliste à domicile à 20 km pour une toux doivent-elles être prises en charge ?

Catherine MILLS

Le problème doit se régler autrement. Actuellement, il n'y a absolument pas de surconsommation (notamment pour le dentaire), bien au contraire, et notamment pour les personnes à revenus modestes. L'exemple du dentaire est d'ailleurs parlant : il est peu remboursé et inégalitaire. Nous sommes parmi les plus mauvais de l'Union Européenne, et nous affichons un énorme retard en ce qui concerne les remboursements du secteur dentaire.

Je suis pour faire la chasse aux vrais problèmes. Par exemple, nous notons une augmentation des arrêts de travail pour les personnes de 55 ans et plus. Ceci pose d'ailleurs un problème lié à la proposition consistant à repousser l'âge de la retraite. D'autres problèmes sont liés aux médicaments et à la formation des médecins : ils ont pris l'habitude, plutôt que de passer du temps à travailler avec un malade, de délivrer des médicaments. Ceci est une mauvaise solution. Il nous faut discuter sur la manière de soigner et sur des formes de systèmes de santé plus coopératives, entre la ville et l'hôpital, entre les différentes formes de soins, entre les centres de santé et la médecine de ville... Nous devons impérativement travailler sur des formes de systèmes de santé éventuellement plus économes, mais en tous les cas plus efficaces.

J'estime qu'il n'est pas bon de totalement éclater notre système de santé.

Les exemples montrent que plus le système est inégalitaire, plus les dépenses de santé sont en moyenne inflationnistes. Les dépenses de santé sont extrêmement mal réparties : certains dépensent trop, et d'autres pas assez.

Je pense que les dépenses de santé vont s'élever en raison du niveau de développement, et il est nécessaire de travailler sur son financement et sur un système de santé beaucoup plus concerté et coopératif, en partant de ce que les acteurs sociaux ont à dire, et non pas, de manière bureaucratique, c'est-à-dire en s'en méfiant.

Hervé REQUILLART

Je vous remercie Madame MILLS. Nous allons donner la parole à Madame ROTH, et le public pourra ensuite interroger les différents intervenants. Madame ROTH, vous avez beaucoup travaillé sur la notion d'exclusion pour les plus démunis, notamment en ce qui concerne les soins dentaires, dans le cadre de votre mission à l'AP-HP.

Pensez-vous que l'inégalité de l'accès aux soins est une conséquence potentielle des contraintes imposées par la réforme qui s'annonce ?

Pr Françoise ROTH

Je partage totalement l'inquiétude de Madame MILLS sur l'inégalité des patients face aux soins, et notamment aux soins bucco-dentaires.

J'observe des choses extrêmement inquiétantes, et je ne vois pas très bien ce qui se dessine, notamment sous la notion de transfert de charge vers les complémentaires, mutuelles ou assurances. En effet, je n'entends pas parler de solidarité dans ce projet. Qu'est ce qui sera laissé à la solidarité, plutôt qu'à un but d'avantage commercial ? Que vont faire les mutuelles devant ces dix millions de personnes pauvres ?

En ce qui concerne le problème de la CMU, Monsieur CHADELAT suggère de conserver la CMU et la CMU complémentaire. Je partage ce qui a été dit sur l'absence de concertation qui nous met dans l'embarras, notamment sur le coût des prothèses, et qui exclut de fait les personnes en situation de précarité de certains circuits. Nous savons très bien que si des praticiens libéraux jouent le jeu, d'autres ne le font pas.

Les directeurs d'hôpitaux ne sont pas non plus volontaires pour accueillir en leur sein des services de prise en charge qui pèsent très lourds sur le budget global de leur établissement. Sur ces points, je ne trouve rien dans les propositions qui me satisfasse.

En ce qui concerne la patientèle, je voudrais citer l'expérience de la Pitié-Salpêtrière, qui fonctionne depuis un an.

Nous avons 21 fauteuils, et nous y accueillons une population précaire d'un point de vue économique ou social. Il ne s'agit pas de SDF, car la plupart d'entre eux ne viennent pas jusqu'à nous, vont ailleurs ou ne se soignent pas. Cette patientèle est donc composée de Rmistes, c'est-à-dire de personnes qui bénéficient de la CMU, et pour certains de la CMU complémentaire, ainsi que de nombreux étrangers en situation irrégulière. Nous n'en avons pas parlé, et il faudra bien revenir sur ce problème. Plusieurs tendances émergent de cette population. Un tiers a plus de 55 ans, car ces personnes ne peuvent pas accéder à des prothèses dans les circuits "normaux".

Moins de 5 % de cette patientèle est encore sans couverture sociale : notre première tâche est de les faire entrer dans le régime de droit commun. In fine, même si nous réussissons à monter leur dossier, un quart d'entre eux reste encore sans assurance complémentaire. Dans ces situations, la précarité est multiforme : sociale, économique, de logement, d'emploi... Depuis un an, nous voyons arriver une population d'ayants droit, hors CMU. Je suis inquiète pour cette population qui se situe juste au-dessus du seuil du RMI. Au final, elle est beaucoup plus défavorisée que les Rmistes ou les bénéficiaires de la CMU que nous traitons. Il s'agit par exemple de familles monoparentales, ou de familles chez qui l'on "tire le diable par la queue", et qui n'ont pas les moyens de se payer une assurance complémentaire. Nous ne parlons pas assez de cette population. Que vont faire les mutuelles pour ces populations qui ne peuvent pas payer de complémentaires ?

Par ailleurs, je voulais signaler que cette population reflue, car elle ne peut pas se rendre dans les cabinets libéraux. À un certain moment, les structures publiques explosent car elles ne peuvent pas recevoir tout le monde. J'ai bien compris que dans les propositions de Monsieur CHADELAT, il y aurait une possibilité d'assurance complémentaire avec un co-financement pour les personnes les plus défavorisées. J'ai cependant eu l'impression que le seuil qu'il proposait était à peu près le même que pour la CMU.

Jean-François CHADELAT

Non. Il part du plafond de CMU et va ensuite...

Pr Françoise ROTH

C'est ici qu'il faudrait véritablement avoir des garanties, afin que toute cette tranche de population qui est laissée pour compte, ne soit pas en dehors du circuit. En matière bucco-dentaire, l'égalité des soins n'existe pas pour l'instant.

Hervé REQUILLART

Je vous remercie Madame ROTH. Y a-t-il des questions dans la salle ?

Question de la salle

J'aurais plusieurs questions à poser.

Premièrement, selon vous, le dentaire risque-t-il dans les années à venir d'être une sorte de laboratoire d'innovation pour le champ de la Sécurité sociale ?

Deuxièmement, nous avons parlé de privatisation du marché de la santé : combien cela va-t-il rapporter à l'État : dans cette perspective "d'ouverture de marché", ce dernier sera-t-il prêt à privatiser ce secteur et à le vendre à des acteurs d'assurance ?

Troisièmement, j'ai entendu que les mutuelles étaient à la fois des offreurs de soins et des payeurs : le fait d'être le fournisseur de quelque chose que l'on achète ne pose-t-il pas un problème moral ?

Jean-François CHADELAT

En ce qui concerne la privatisation, je vous ai indiqué ce que j'en pensais. Elle n'est pas d'actualité, et ce n'est en tout cas certainement pas ce que j'ai écrit. Certaines personnes aiment fantasmer pour se faire peur.

En ce qui concerne la question du secteur dentaire en tant que laboratoire, le moins que l'on puisse dire est que le secteur dentaire a été le laboratoire du stand-by depuis plus de quarante ans. A priori, je ne lui prédis donc pas un avenir de laboratoire d'innovation. Je pense qu'il y a un ensemble de questions à considérer. Je l'ai dit à tous ceux qui ont participé à mon groupe de travail : compte tenu de ma formation, j'ai suivi un raisonnement de logique mathématique. Lorsque vous constatez que vous êtes devant une équation qui n'a pas de solution dans le domaine du réel, vous devez trouver autre chose. Vous écartez donc les solutions totalement impossibles, et vous examinez toutes les autres solutions, même celles qui semblent improbables, dès lors qu'elles ne sont pas impossibles. Il faut donc tenter de traiter le problème avec une certaine logique, et examiner l'ensemble de la prise en charge des dépenses de santé.

Je constate que le système aujourd'hui est un système dont le moins que l'on puisse dire est que sa construction est plus que baroque : essayons de le rendre intelligent ! Le système actuel va dans le mur.

À partir du moment où il y a un vrai problème, nous devons essayer de lui apporter des réponses et d'examiner toutes les formes de réponses possibles et imaginables, que ce soit dans le domaine du dentaire ou dans celui de l'hospitalisation. Nous avons parlé des gros consommateurs de soins : effectivement, pour la CMU comme pour les assurés sociaux lambda, le dernier décime de la population consomme environ 15 000 € sur l'ensemble des dépenses de santé. Ces 15 000 € représentent 95 % de dépenses hospitalières. Lorsqu'une personne consomme 15 000 € dans l'année, je pense qu'elle risque de ne pas fêter son prochain anniversaire !

Hervé REQUILLART

Madame MEYER-MEURET, pouvez-vous répondre sur le conflit d'intérêt que rencontrent les mutuelles dans leurs rôles d'offreurs de soins et de payeurs ?

Christine MEYER-MEURET

Je voudrais d'abord répondre à la question relative au secteur dentaire en tant que laboratoire d'innovation. L'exception du secteur bucco-dentaire dans le système a été soulignée à plusieurs reprises. Monsieur REIGNAULT a bien montré que l'on peut tout à fait avancer dans un partenariat équilibré. Je m'en expliquerai éventuellement tout à l'heure si j'ai encore un peu de temps de parole. En ce sens, il me semble que le secteur bucco-dentaire peut être un secteur d'innovation. Par contre, s'il s'agit encore d'augmenter les restes à charge des assurés sociaux, j'estime qu'il ne doit surtout pas continuer à être un secteur d'innovation !

En ce qui concerne la question sur le conflit d'intérêt entre les deux rôles tenus par les mutuelles, j'aurai une

réponse d'ordre juridique. Les directives européennes d'assurance vont séparer les activités d'offre de soins et d'assurance. Il n'y a donc pas de conflit d'intérêt économique pour les mutuelles, entre l'activité d'offre de soins et l'activité d'assurance. Il y a également une réponse politique et stratégique à cette question. En tant qu'assureur complémentaire, les mutuelles possèdent une importante connaissance des métiers de la santé et de la santé. En ce qui concerne la discussion sur l'évolution du secteur bucco-dentaire, la mutualité est un vrai partenaire par sa connaissance non pas en tant qu'assureur, mais justement en tant que professionnelle de santé. Des professionnels de santé issus de la mutualité peuvent effectivement contribuer aux débats sur l'amélioration de la solidarité et sur l'amélioration de la prise en charge.

En France, les centres dentaires mutualistes ne représentent pas une proportion suffisante dans l'offre de soins pour que l'on dise qu'en tant qu'assureurs, les mutuelles achètent les soins qu'elles produisent. D'une part, les activités sont séparées, et d'autre part, 99 % de la dépense dentaire des mutuelles en tant qu'assureurs concernent les soins prodigués par les chirurgiens dentistes libéraux.

Question de la salle

J'ai lu les différents rapports qui ont été produits depuis quelques mois. Je m'interroge sur les notions d'approche quantitative et d'approche qualitative. L'approche quantitative, à savoir les transferts de charges, a été largement abordée.

Qu'en est-il du volet qualitatif ?

La nomenclature a trente ans de retard, et le secteur bucco-dentaire est un des seuls, voire le seul, pour lequel les techniques les plus modernes ne sont pas à la disposition de la plupart des assurés, qui parfois ne sont pas même pas informés de leur existence. J'ai également une remarque relative à la prévention, et notamment aux enfants. Ce sujet n'a pas été abordé, alors qu'il me semble logique qu'un effort soit consenti dans cette direction.

Hervé REQUILLART

Dr REIGNAULT, en tant que dentiste et expert du secteur, souhaitez-vous répondre ?

Dr Jacques REIGNAULT

Vous avez raison en ce qui concerne l'aspect qualitatif. Cela fait partie d'un ensemble. Le secteur a été négligé et laissé sans aucune évolution pendant si longtemps qu'il a suivi seul son bonhomme de chemin, aussi bien qualitativement que quantitativement, et qu'il est resté méconnu de la protection sociale.

Plus les années passeront, et plus le retard qui s'est accumulé sera impossible à combler, comme

Monsieur CHADELAT l'a largement souligné. En conséquence nous serons encore davantage dans l'obligation de chercher des solutions.

Il faudrait injecter 4 milliards d'euros, ce qui est un minimum avec ce qu'il faudrait mettre en place comme nouvelles techniques et technologies.

Vu l'état actuel des déficits sociaux, je ne vois comment nous pourrions faire, y compris en les mettant à la charge des complémentaires. Le problème est crucial : comment allons-nous financer les soins dentaires ? La question n'est pas de savoir si les Français doivent plus ou moins dépenser. Le niveau de retard qui a été pris est tel qu'il s'agit d'une interrogation primordiale.

Nous sommes dans une situation de morbidité : personne ne discute la nécessité de prendre en charge des soins liés à la mortalité ou aux maladies lourdes. Lorsque nous commençons à parler de "petits risques" (ce qui est une très mauvaise expression) ou de risques moins lourds correspondant au secteur dentaire, nous nous éloignons du cas des risques précédents. D'autre part, ceux qui n'ont par exemple pas besoin d'un traitement prothétique ne se préoccupent pas du fait que les prothèses soient mal remboursées.



De plus, nous souffrons de la caricature selon laquelle l'accès aux soins dentaires n'est pas possible en France. Il s'agit pourtant des soins les moins chers et les mieux remboursés d'Europe. Il ne faut pas continuer à laisser dire cela. Il est vrai que certains traitements, comme les traitements prothétiques, sont hors de portée d'un certain nombre d'individus. Cependant, les soins conservateurs, les soins précoces et les soins de prévention sont bien pris en charge. Il suffit d'informer les gens et de leur dire de ne pas attendre. Il est vrai que la population dont

Madame ROTH s'est largement occupée nécessite d'importants traitements prothétiques, et cela pose un réel problème.

Vous connaissez le slogan des chirurgiens dentistes : la prothèse n'est pas une fatalité, et conserver ses dents pour toute la vie est à notre portée. Nous ne sommes pas dans la situation catastrophique que peuvent connaître certains pays d'Europe. Le niveau de santé bucco-dentaire est tout à fait acceptable : néanmoins, il n'est pas suffisant et peut s'améliorer. Nous avons cependant été en avance sur les objectifs de l'OMS en 2000, et je crois que cela se poursuit. En ce qui concerne l'aspect qualitatif, même s'il ne faut pas lier la qualité à l'argent – ce qui serait une grossière erreur – le financement d'un certain nombre de soins est actuellement mal pris en compte. Ici aussi, l'équilibre entre soins conservateurs sous payés et traitements prothétiques qui surcompensent le manque à gagner doit être redressé. À ce moment, nous pourrions peut-être faciliter l'accès aux soins précoces et conservateurs, et rendre les traitements prothétiques moins coûteux.

Question de la salle

Ma question va dans le prolongement de ce que vient de dire Monsieur REIGNAULT. Actuellement, les honoraires dentaires représentent grosso modo 7 milliards d'euros : 2,5 milliards sont pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, 2,4 milliards sont pris en charge par les complémentaires, et 2,1 milliards sont financés par les ménages. À supposer que nous trouvions ce lieu – je ne le qualifierai pas de mythique, mais on ne sait pas s'il s'agira de l'enfer ou du paradis – où nous pourrions discuter de ce que nous finançons, de qui le finance et de comment on le finance, de ce qui est prioritaire et de ce qui l'est moins, pourriez-vous nous donner quelques pistes sur la méthode de travail que nous devons adopter pour résoudre cette équation, qui est peut-être insoluble ?

J'ai noté qu'il fallait revaloriser les soins conservateurs, et qu'il était inenvisageable d'augmenter le reste à charge des ménages, qui est déjà exceptionnellement élevé dans le paysage de la santé française.

Jean-François CHADELAT

Comme je l'ai écrit dans mon rapport, je pense qu'une opération intéressante a été menée, qui

a été initiée par Madame AUBRY, poursuivie par Madame GUIGOUX et complétée par Monsieur MATTEI. Il s'agit de l'opération relative aux médicaments. Je rappelle que je ne suis pas un professionnel de la santé et qu'en conséquence, je n'ai ni la qualité ni la compétence pour déterminer de l'importance d'un médicament donné.

Nous avons examiné les 4 500 spécialités pharmaceutiques, et nous les avons classés en SMR 1, 2, 3 et 4. Je me suis demandé pour quelles raisons cette démarche n'avait pas été suivie sur l'ensemble de tous les actes quels qu'ils soient, qu'ils soient pratiqués en ville ou à l'hôpital. Dans tous les cas, il faudra à un certain moment examiner si ces actes sont très, assez, peu ou pas importants.

J'ai proposé que les plus hautes autorités scientifiques le fassent, et je constate que Monsieur MATTEI a lancé l'idée de créer un Haut Conseil du Remboursement. Personnellement, j'estime qu'il s'agit d'une bonne idée. Des autorités compétentes et reconnues en matière de santé devront se prononcer.

À partir du moment où nous serons amenés à constater que certains actes sont moins importants que d'autres, nous devons nous demander si la dépense de santé X est suffisamment importante pour être prise en charge par la collectivité.

Ce n'est pas à moi de trancher, et il s'agit d'une décision politique prise sur la base d'avis scientifiques. Je n'invente rien : c'est ce que nous faisons à l'heure actuelle, et dans les années passées, mais de manière implicite. Un tube de pâte dentifrice qui contient du fluor est-il suffisamment important pour être pris en charge par la collectivité ? Je constate que de manière implicite, la réponse est négative, y compris pour les complémentaires. L'homéopathie est-elle suffisamment importante pour être prise en charge par la collectivité ? Pour le moment, nous avons fait la moitié du parcours. Cette question peut se poser sur un certain nombre de choses.

Lorsque Gilles JOHANET a rédigé son plan stratégique, il a décidé d'écarter les cures thermales une bonne fois pour toutes. Je n'ai aucune opinion sur les cures thermales : j'ai seulement dit à Monsieur JOHANET qu'il posait mal la question. Il ne faut pas demander si les cures thermales servent à quelque chose ou non, mais savoir si elles sont suffisamment importantes pour être prises en charge par la collectivité.

Question de la salle

Je voulais rebondir sur une phrase que j'ai entendue sur la prise en charge actuelle des soins de prévention, et finalement faire le lien avec le débat qui a eu lieu ce matin, concernant justement une véritable politique de santé bucco-dentaire incluant la prévention, et sur comment un professionnel peut aujourd'hui avoir une

activité de prévention qui ne soit pas une activité bénévole. Cela me paraît essentiel. Je suis peut-être utopique, mais si l'on réfléchit à long terme, les maladies bucco-dentaires sont des maladies qui, par une éducation sanitaire, par des modifications d'habitudes alimentaires, et par des actions de prévention, pourraient être drastiquement diminuées. A ce moment là, le problème des dépenses de santé bucco-dentaire se trouverait être posé d'une manière différente.

Pour arriver à cela, nous devrions peut-être effectivement arriver à avoir des professionnels de santé qui se mobilisent, comme nous avons pu le voir ce matin au travers d'exemples comme celui du Québec. Une véritable politique de santé publique ne peut pas uniquement s'appuyer sur un bénévolat.

Hervé REQUILLART

Je vous remercie. Dans la mesure où il ne s'agissait pas d'une question, je vous propose de passer à l'intervention suivante.

Question de la salle

Mon intervention est tout à fait liée à ce qui vient d'être dit. L'activité actuelle des praticiens, qui découle d'une nomenclature totalement désuète, fait qu'ils adoptent un comportement thérapeuto-économique guidé par cette nomenclature désuète. Le problème fondamental est ici : celui qui souhaiterait faire de la prévention ne pourrait actuellement pas en vivre. Ceci fait écho à ce que disait Monsieur CHADELAT.

Nous vivons des soins qui rapportent le plus d'argent, et qui à l'heure actuelle ne sont pas des soins mais des prothèses.

Il ne faut pas cacher qu'il y a un abus de la profession, dans la mesure où nous réalisons trop de prothèses, parce que les soins sont mal payés.

Cela passe par une reconstruction et une revalorisation de la nomenclature globale

Il faut revaloriser les soins, mais également réaliser une étude globale de l'activité, comme l'a fait la CCAM, et chercher à tarifier l'ensemble de l'activité. Monsieur CHADELAT a indiqué que la question était de savoir si la collectivité acceptait de prendre en charge tel ou tel acte. Je suis tout à fait d'accord avec ce raisonnement. Il y a cependant un raisonnement associé, et qui pour nous, dentistes, mérite une réponse. Cet acte-là doit-il aussi avoir un tarif maximum fixé par la collectivité ?

Pour que la prise en charge de la collectivité ne devienne pas symbolique dans le temps, encore faut-il que son prix maximum ait également été fixé. Ceci n'est envisageable que si l'on répond à une activité globale de la profession. On ne peut pas décider de limiter autoritairement tel type d'acte, en laissant un autre

acte sous-payé, au risque de provoquer des émeutes.

À la question "la collectivité accepte-t-elle de prendre un acte X en charge?" s'ajoute, en dehors de l'intérêt médical de cet acte, la question : Si elle l'accepte, faut-il fixer ou non un tarif maximum ?

Je souhaiterais recevoir le sentiment des participants.

Hervé REQUILLART

Peut-être faut-il adresser cette question plus particulièrement à Madame MEYER-MEURET ?

Question de la salle (même intervenant)

Non, elle est globale car elle nécessite à la fois une réponse de la profession, et je pense à Monsieur REIGNAULT, sur la politique et la position des professionnels sur ce point, et à la fois une réponse de la part des financeurs. Elle nécessite également une réponse de la part des pouvoirs politiques, qui jouent un rôle de garant de l'évolution des prix – qui ne peuvent pas être stabilisés ad vitam aeternam – et des bonnes pratiques entre les acteurs.

Hervé REQUILLART

Nous donnerons la parole à la profession, ensuite aux financeurs. Le représentant des pouvoirs politiques n'est pas là. Madame MILLS demande également à intervenir.

Question de la salle (même intervenant)

J'ai lu dernièrement qu'une commission était totalement opposée au rapport CHADELAT. J'ai cru finalement comprendre qu'il y a des besoins "tripartites", mais que fondamentalement, si nous arrivions à nous entendre sur les quelques milliards d'euros en question, nous pourrions éventuellement nous accommoder avec les propositions de l'État.

Dr Jacques REIGNAULT

On nous a dit de nous entendre entre nous sur le classement, comme cela s'est fait dans les pays anglo-saxons. C'est la définition du "panier de soins". Il s'agit de réunir la préférence individuelle, les préférences collectives, le coût d'efficacité, de définir un certain nombre de choses, de corriger quelques erreurs, et d'écouter les usagers. Ces réflexions ont abouti à un "panier de soins", mais qui ne signifie rien s'il

n'est pas associé au mot "remboursable" ou "remboursé". Nous pourrions envisager cette méthode, qui est extrêmement compliquée, et il n'est pas dit que nous réussissions à mettre l'argent au bout.

La piste que nous avons explorée jusqu'à maintenant a consisté à s'associer avec les complémentaires, l'autre financeur, en partant du constat que la solidarité nationale se moquait du dentaire.

En effet, nous avons beau insister, mais à chaque fois que nous en arrivons à discuter des financements, elle ne veut pas donner un centime. Il faut donc essayer d'aller voir ailleurs, car la demande a besoin d'être solvabilisée. C'est à la fois notre propre intérêt et celui de la demande, donc de nos patients.

La pérennité d'un certain nombre de soins de qualité est également en jeu. Nous avons tenté plusieurs expériences, et nous en sommes encore à ce stade. Avec la Mutualité Française par exemple, nous avons plafonné les honoraires de certains actes, nous avons accepté en contrepartie que les autres les financent. Le principe des conventions était respecté.

Nous avons également essayé, avec une autre caisse de régime obligatoire, de trouver des solutions différentes, en appliquant un principe "au mérite", selon lequel un comportement vertueux doit être récompensé. Il doit bien évidemment être d'abord expliqué. Si un patient accepte de faire un examen annuel de prévention (nous l'avons fait avec la CANAM), sa prestation sera en contrepartie améliorée pour récompenser son comportement vertueux, si, malgré cette prévention et l'attention qu'il porte à ses dents, il a besoin d'une prothèse. Nous avons choisi la couronne, qui est davantage un artifice de consolidation qu'une prothèse. Ce système peut fonctionner. Il entraîne un changement aussi bien dans le comportement du patient que dans celui du praticien. Responsabiliser le patient est un bon moyen d'optimiser le secteur des dépenses dentaires, de responsabiliser le professionnel sur sa qualité, et de responsabiliser le pouvoir politique sur le niveau de prise en charge qu'il veut accorder. Il s'agit donc bien d'un système de responsabilité partagée.

Catherine MILLS

Je voulais juste intervenir sur un point. Le problème principal est véritablement de savoir, à juste titre, si nous allons pouvoir financer cela. Tous ont des

idées sur la manière d'améliorer les soins, et tous sont convaincus que le secteur dentaire et la prévention bucco-dentaire sont très importants. Par exemple, des actions ont été entreprises sur la prévention des caries chez les enfants. La dégradation de la santé dentaire est souvent le reflet d'une dégradation plus importante de la santé : je citerai les problèmes de dentition des Rmistes. On dit que les Rmistes bénéficiaires de la CMU ont des dépenses de santé plus importantes, mais c'est parce qu'ils sont beaucoup plus malades. C'est même parfois trop tard. L'état des dents est vraiment le reflet d'une santé qui n'a pas pu être soignée à temps.

Nous partageons tous l'avis qu'il y a d'importants problèmes de financement. Il a été dit tout à l'heure qu'aujourd'hui, le dentaire coûtait 7 milliards d'euros, dans l'état actuel des choses. Il faut savoir que les revenus financiers des entreprises, développés via les placements, ne sont soumis à aucune contribution sociale, alors que ces revenus financiers se développent fréquemment contre l'emploi et contre la croissance réelle. D'après les comptes de l'INSEE, 84 milliards d'euros de revenus financiers des entreprises ne sont soumis à aucune contribution sociale. Si nous examinons les revenus financiers nets des institutions financières, c'est-à-dire des banques, nous arrivons à 90 milliards d'euros. Si on leur appliquait simplement le taux de cotisation sur les salaires qui, pour l'ensemble du régime général, est fixé à 10 %, le résultat serait d'environ 18 milliards d'euros, avec 9 milliards d'un côté et 8 milliards de l'autre.

Ne croyez-vous pas que nous pourrions réaliser des choses avec cette somme ?

Pour quelles raisons n'en parlons-nous pas, dans la mesure où nous avons besoin de moyens de financement, et qu'un débat sur les réformes alternatives du financement a lieu ? Parce que tout ce qui relève des "prélèvements obligatoires" est considéré comme quelque chose d'abominable, et est présenté comme allant contre la croissance et contre l'emploi. Il y a pourtant d'autres logiques que celle dont nous sommes prisonniers, et dans laquelle nous examinons ce qui peut être remboursé ou pas.

Qui va décider de cela ?

Nous avons cité l'exemple des médicaments. Je ne suis pas du tout d'accord avec la politique initiée par Madame AUBRY, Monsieur KOUCHNER et confrères, qui a consisté à dé-rembourser certains médicaments. Cette politique est d'ailleurs plus ancienne, puisqu'elle a débuté en 1985. Certains sont remboursés à 65 %, et d'autres à 35 %. De deux choses l'une : soit un médicament est efficace – et il faut savoir quelles sont les institutions qui décident de cette efficacité – auquel cas il est normal qu'il soit remboursé sans s'interroger sur son remboursement.

Soit ce médicament n'est pas efficace, et alors pour quelle raison le rembourse-t-on ?

J'étais tout à fait favorable à la proposition de substituer, pour les molécules entrées dans le domaine public, les médicaments génériques beaucoup moins coûteux, à d'autres médicaments. Il s'agit d'un facteur d'économie qui peut être positif si l'efficacité est la même. Cependant, lorsqu'un médicament générique existe, on ne rembourse que sur la base de ce médicament générique. Aussi, c'est le malade qui paye la différence. Il est vrai qu'une logique peut consister à dire que certains peuvent payer, que certains possèdent un panier de soins de base nul, mais remboursable à 100 %, que d'autres auront un complémentaire. J'estime qu'il est extrêmement grave de raisonner de cette manière. Sous prétexte que l'on ne possède pas les moyens de financement, ce système risque de conduire à avoir quatre paniers de soins différents, dont un totalement libre. Ceci ne répond pas à ma conception du système de santé.

Nous devons travailler sur les financements, poser les vrais problèmes, et non pas chercher à identifier qui sera remboursé, comment et où.

Hervé REQUILLART

Je vous remercie Madame MILLS. Je propose à Madame ROTH de conclure cette table ronde, après que Madame MEYER sera intervenue sur la question des tarifs opposables, comme elle l'a souhaité.

Christine MEYER-MEURET

Sur le plan des principes, je suis entièrement d'accord avec ce que vous avez dit. Nous devons réussir à débattre sur la meilleure rémunération des soins pour une bonne politique de santé bucco-dentaire avec de la prévention, et également discuter sur le devenir de la prothèse. Mais devons-nous pratiquer du tarif opposable ou pas ?

Monsieur CHADELAT évoquait tout à l'heure la Sécurité sociale de 1945. À cette époque, le remboursement s'élevait à 80 %, mais il s'agissait de 80 % du montant des honoraires négociés. Aussi, s'il n'y avait pas de négociation, cela revenait à 80 % de quasiment rien. L'idée était donc très généreuse, mais il n'y avait pas de base de remboursement.

La question n'est donc pas de savoir si le tarif est opposable, mais de savoir ce que nous voulons faire, et si nous sommes d'accord pour que les financements que la collectivité attribue à la santé bucco-dentaire aient la meilleure efficacité possible, non seulement en terme de prévention, mais également en termes de soins, de restauration, de rémunération des professionnels, et de solidarité.

Hervé REQUILLART

Madame ROTH, pouvez-vous conclure cette table ronde ?

Pr Françoise ROTH

Si je relance le débat, nous serons encore ici à 10h00 du soir ! Je vais donc prononcer les quelques mots de la fin. Notre souhait est que des priorités de santé publique soient parfaitement bien cernées. Comme ceci a été dit ce soir, la concertation est déjà un bon moyen de procéder. Dans les contacts que nous avons eus avec le Ministère, j'estime que notre profession est souvent oubliée. Des syndicats nous représentent, mais il y a également d'autres points de vue, d'autres opinions et d'autres expériences. Je me suis insurgée face à la grande solitude que connaît le seul expert à représenter notre profession au sein du groupe technique travaillant sur la Loi de programmation de Santé publique.

Tout ce que nous avons dénoncé ce soir souligne le fait que nous sommes une spécialité qui est encore considérée comme jeune. Ceci est peut-être de notre faute, dans la mesure où nous n'avons pas suffisamment fait notre place. J'estime cependant que les pouvoirs publics et politiques doivent apprendre à compter davantage avec nous, et doivent prendre en compte nos points de vue. Nous avons vu tout au long de la journée que nous avons beaucoup de choses à dire et que nous avons des idées. Je forme le vœu que notre association devienne un interlocuteur incontournable permettant de faire passer les messages que nous avons entendus aujourd'hui.

Je vous remercie beaucoup. Nous avons beaucoup sollicité les intervenants. Je voudrais remercier Monsieur CHADELAT, qui n'avait peut-être pas prévu de rester si tard en notre compagnie. Je remercie également les autres interlocuteurs de cette table ronde : vous avez encore à cette heure tardive un auditoire intéressé et qui aurait encore souhaité poser des questions. Ceci illustre bien le fait que nous touchons là un sujet brûlant, dans lequel nous sommes très impliqués, et qui nous inquiète profondément.