

La santé bucco-dentaire de la ville à l'hôpital : Vers une évolution régionale ?

La société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire
et la Direction de la prévention et des actions sanitaires

4e Journée de
Santé publique
dentaire

restitution

Bobigny 2004



Seine-Saint-Denis
Conseil Général

La société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire
et **la Direction de la prévention et des actions sanitaires**
du Conseil général de Seine-Saint-Denis

Sous la présidence scientifique de

M^{me} Dominique POLTON

Directrice de l'IRDES

et,

M. le P^r Jean-Marie VULCAIN

Président de la Conférence
des Chefs de service hospitalo-universitaire
d'Odontologie

Comité scientifique

D^r Sylvie AZOGUI-LEVY

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

D^r Lucienne BIGEARD

U.F.R d'Odontologie – Université Strasbourg

D^r Fabien COHEN

M.B.D / D.I.S – CG94

D^r Jean-Paul ESPIE

S.P.A.S / D.P.A.S – CG93

D^r Marysette FOLLIGUET

U.F.R d'Odontologie – Université Paris V

D^r Philippe HUGUES

M.B.D / D.I.S – CG94

D^r Bernard LAPORTE

Direction nationale de la Santé publique – Québec

D^r Michel LEGENS

S.N.C.D.H.P

D^r Laure MISRAHI

C.R.E.S.G.E

D^r Bernard MOLINE

S.P.A.S / D.P.A.S – CG93

M. Thierry ROCHEREAU

IRDES

D^r Mourad SOUAMES

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

D^r Paul TRAMINI

U.F.R d'Odontologie – Université Montpellier

4^{ème} journée de Santé publique dentaire

*La santé bucco-dentaire
de la ville à l'hôpital :
Vers une évolution régionale ?*

Société française des Acteurs
de la Santé publique bucco-dentaire
ASPBD
BP 148
75966 PARIS Cédex 20
Téléphone : 06 18 04 37 90.
e-mail : aspsbd2003@yahoo.fr

Conseil général de Seine-Saint-Denis
Service de la Prévention
et des Actions sanitaires
BP 193
93003 BOBIGNY Cédex
01 43 93 84 96
e-mail : bucco@cg93.fr

Je remercie l'association de santé bucco-dentaire de sa collaboration avec le Département, à l'occasion des 20 ans du programme départemental de prévention en la matière, ainsi que pour l'organisation de cette quatrième journée de santé publique bucco-dentaire.

Il s'agit d'un événement, parmi les plus importants, pour tous les acteurs de cette question, en France mais aussi à l'étranger, comme en témoignent les participants venus du Québec, d'Espagne et de Suisse.

C'est une reconnaissance internationale pour tous les professionnels et acteurs départementaux qui se dévouent depuis 20 ans, pour faire de cette dimension de la santé, une préoccupation quotidienne.

Je salue les efforts de l'association qui font qu'aujourd'hui nous ne sommes pas seuls à lutter contre le fléau de la carie dentaire, notamment chez les jeunes et les populations les plus fragilisées.

Le thème de cette journée « Santé Bucco-Dentaire de la Ville à l'Hôpital : vers une évolution régionale ? » est au cœur de nos préoccupations, surtout dans le contexte actuel de recentralisation de la politique nationale de santé publique et de réflexion sur le Schéma Régional d'Organisation des Soins.

De nombreuses inquiétudes se posent quant aux moyens qui seront mis en œuvre par l'Etat, pour améliorer la santé des populations et pour lutter contre les inégalités de santé.

Cette régionalisation ne doit pas se faire au détriment des populations et des collectivités qui se sont investies de longue date dans le domaine de la santé et de la prévention, mais permettre des progrès effectifs.

Je considère comme un atout majeur que l'association ouvre ces deux jours avec un programme riche et passionnant.

Ceci souligne l'intérêt et la qualité des acteurs de la santé bucco-dentaire, domaine où ensemble, il nous reste de nombreux combats à gagner pour améliorer toutes les dimensions, de la prévention à l'accès aux soins.

Je souhaite que les travaux de ces journées contribuent à alimenter le débat sur ces questions et que ses conclusions soient véritablement prises en compte par les autorités nationales et régionales.

Hervé BRAMY
Président du Conseil général de la
Seine-Saint-Denis

SOMMAIRE

Ouverture de la journée **11**

*Ronan KERREST, vice-président du Conseil général de la Seine-Saint-Denis
Pr Nadine FOREST, présidente de l'ASPBD*

Régionalisation, Décentralisation de la Santé : quelles perspectives ? **17**

Décentralisation des systèmes de santé : quelques réflexions à partir
d'expériences étrangères 17

Mme Dominique POLTON, directrice de l'IRDES

Organisation de la santé dentaire au Québec 24

Dr Bernard LAPORTE, responsable national de la Santé dentaire publique - Québec

Organisation de la santé dentaire en Espagne 34

Pr Esteban BRAU-AGUADE, ancien doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire - Barcelone

20 ans de prévention en Seine-Saint-Denis 40

*Dr Boumédiène BEREKSI-REGUIG, chef du Service de la Prévention et des Actions
sanitaires - Conseil général de la Seine-Saint-Denis*

Odontologie et régionalisation : Quels enjeux ? **45**

Les SROS III : Quels enjeux, quelle méthodologie ? 45

Mme Annie PODEUR, présidente de la Conférence des Directeurs d'ARH

Démographie de l'odontologie hospitalière et privée 57

*Dr Marysette FOLLIGUET, chef du Service hospitalo-universitaire d'Odontologie -
Hôpital Louis Mourier - Colombes 92*

Débat **65**

Rôle de l'hôpital dans l'offre de soins odontologiques	81
Ouverture	81
<i>Pr Jean Marie VULCAIN, président de la Conférence des Chefs de Service hospitalo-universitaire d'Odontologie</i>	
Le réseau « SANTÉ BUCCO-DENTAIRE & HANDICAP » en Rhône-Alpes	89
<i>Dr Eric-Nicolas BORY, coordinateur du réseau Santé bucco-dentaire et handicap. Chef du Service d'Odontologie - Centre hospitalier le Vinatier - Bron 69</i>	
Thérapeutique bucco-dentaire et traitement oncologique : le réseau santé ONCODENT de Lorraine	97
<i>Dr Michel PASDZIERNY, président du réseau Oncodent Dr Eric GERARD, chef du Service d'Odontologie - Centre Hospitalier Régional - Metz-Thionville</i>	
Suivi des soins dentaires des consultants en situation de précarité à l'hôpital public	103
<i>Dr Emilie JULIEN, attachée de consultation - Service d'Odontologie - Centre Hospitalo-Universitaire - Nantes</i>	
Les soins dentaires dans le cadre de la CMU complémentaire en région Ile de France	110
<i>Dr François DUFOUR, chirurgien dentiste conseil chef de service - Echelon local du service médical de Seine-Saint-Denis - CNAMTS</i>	
Prévention de l'endocardite infectieuse : les recommandations concernant le suivi bucco dentaire des populations à risque sont-elles appliquées ?	113
<i>Dr Martine GUILLAUD, chirurgien dentiste conseil chef de service- Caisse Maladie Régionale des Alpes - CANAM</i>	
Projet de formation progressive de professionnels auxiliaires de la santé bucco-dentaire au Maroc	120
<i>M. Samir NOURY, enseignant - Ecole d'Hygiénistes Dentaires - Genève</i>	
Débat	125
Prix étudiant de Santé publique dentaire	135

Modérateur : Hervé REQUILLART, rédacteur en chef d'Impact Médecine

Dr Christian AUGER, vice-président de l'UFSBD

*Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE, présidente du collège national des enseignants
odontologues de Santé publique*

Dr Fabien COHEN, secrétaire général de l'ASPBD

Dr Paul KARSENTY, responsable du secteur dentaire, Direction générale de la Santé

*Dr Marc SCHOENE, président de l'institut Théophraste Renaudot, membre du
Conseil d'Administration de la SFSP*

OUVERTURE DE LA JOURNEE

Ronan KERREST,

Vice-président du Conseil général de la Seine Saint-Denis

« Mesdames, Messieurs,

Permettez-moi, après avoir excusé le Président du Conseil général, M. Hervé BRAMY, qui m'a prié de le représenter ce matin, de vous féliciter, Mme Nadine FOREST, pour votre élection comme Présidente, et vous souhaite plein succès dans vos nouvelles responsabilités.

Votre rôle essentiel pour le développement des dispositifs de prévention et de santé publique est précieux. Je remercie chacune et chacun d'entre vous pour cet engagement. Je remercie également tout particulièrement les participants étrangers, qui sont parfois venus de fort loin pour prendre part à ces travaux. J'adresse également mes remerciements à votre équipe dirigeante, pour avoir répondu favorablement à notre souhait de pouvoir accueillir les travaux de votre 4^{ème} journée.

Il y a vingt ans, notre Département, dans le cadre de ses choix de promotion de la santé en faveur de la mère et de l'enfant, relevait le défi d'engager une politique offensive contre un fléau, qui, dès l'enfance, touche une part importante de la population : la carie dentaire.

Il s'agissait de rendre l'enfant acteur de sa propre santé, afin de le conduire à poursuivre, à la maison, des habitudes d'hygiène données en milieu scolaire (de la maternelle au CM2), ainsi que dans ses milieux de vie et de loisirs. L'existence sur notre territoire d'un réseau de crèches et de PMI a permis, dans le cadre d'une action partenariale avec les villes sous la coordination de la mission bucco-dentaire départementale, d'atteindre des résultats positifs, croissants et significatifs.

Nous avons ainsi, avec les professionnels, les enseignants et les parents, développé une campagne d'éducation pour la santé dentaire, fondée sur la promotion de la santé. Cette campagne a permis le développement de l'hygiène

alimentaire et de l'hygiène bucco-dentaire dans une vision pluriannuelle et de proximité. Pour notre département, cet engagement représente un conventionnement avec 32 villes sur 40, soit 90% de la population (dont je rappelle qu'elle est de 1,4 millions d'habitants), et de 11 000 acteurs relais concernés par la vie des enfants. Je souhaite à ce propos souligner l'investissement des équipes techniques locales, véritable contribution spécifique à l'approche globale.

Loin d'être figé, le programme départemental de prévention bucco-dentaire a évolué, établissant un lien direct avec une problématique plus vaste d'éducation pour la santé, et défrichant celle des droits de l'enfant. Vingt ans après son lancement, le programme est aujourd'hui reconnu sur le plan national et son action a profondément modifié la prise en compte de la prévention.

C'est la reconnaissance de l'audace du projet, dont les objectifs élevés ont joué le rôle d'un véritable mobilisateur de capacités sociales et humaines. C'est en tout cas, une nouvelle fois, la preuve par l'expérience que la dépense de santé (et je dirais même, l'investissement dans la santé) est une nécessité moderne, et le bien de tous.

Nous ne sommes pas peu fiers de cette réalité, qui a contribué à la naissance du programme régional ARCADE (Action Régionale Contre les Atteintes Dentaires des Enfants). Notre satisfaction a été grande quand nous avons pris connaissance du recueil des principaux problèmes de santé en France, élaboré par le Haut Comité de la Santé Publique. En effet, dans la liste des 14 problèmes de santé et pathologies reconnus comme pouvant être des priorités de santé publique, figure la santé bucco-dentaire.

Depuis la loi d'août 2004, la santé publique, comprise comme je cite « l'ensemble des connaissances et des techniques propres à prévenir les maladies, à préserver la santé, à améliorer la vitalité et la longévité des individus par une action collective », constitue désormais une préoccupation majeure des autorités politiques.

L'Etat affirme sa prédominance dans le domaine de la prévention. Les départements voient leurs compétences se restreindre, et se voient proposer une possible expérimentation. Les perspectives ainsi ouvertes par la régionalisation (ou la déconcentration) font débat. Nous entendons y prendre toute notre place, et je sais que vous partagez cette volonté.

Nous défendrons le niveau de nos exigences de santé pour les Séquano-

dyonisiens ; ce niveau ne doit pas baisser, pas plus que la richesse des relations partenariales effectives et des lieux de débats ne doit se trouver amoindrie.

Nous affirmons notre volonté de voir poursuivi et renforcé ce qui a fait le succès de cette œuvre commune : la proximité, la coopération des partenaires et des institutions, l'apport des lieux ressources (tels les centres départementaux de dépistage et de prévention sanitaire), la vision à long terme, l'évaluation et la transversalité d'indicateurs prenant en compte la vie réelle et l'exigence d'un engagement financier de l'Etat à hauteur suffisante.

Le Département met en débat le nécessaire accès des populations aux dispositifs existants que les situations de précarité tiennent éloignés. La précarité est une réalité que vivent nombre de familles et d'enfants. Alors que s'élabore le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, nous voulons y verser cette expérience et ses précieux acquis et faire valoir la nécessité de mettre en œuvre, pour d'autres tranches d'âge et dans des lieux nouveaux, une action de prévention bucco-dentaire. La poursuite du programme doit permettre d'éviter les inégalités territoriales.

Nos ambitions sont donc de la même ampleur que lors du lancement du programme départemental de prévention bucco-dentaire, il y a vingt ans. C'est le sens des lettres d'intention que nous avons proposées à la signature de l'Inspection Académique et de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. C'est aussi le sens du partenariat noué, et renouvelé, avec votre société.

Je vous souhaite plein succès dans vos travaux pour explorer le thème de cette journée, qui me tient particulièrement à cœur : « La santé bucco-dentaire de la ville à l'hôpital : vers une évolution régionale ? »

Je vous remercie de votre attention. »

Pr Nadine FOREST,

Présidente de l'ASPBD

Mesdames, Messieurs,

Ayant pris mes fonctions tout récemment, je me permets de solliciter votre indulgence. En effet, bien que la santé publique soit l'une de mes préoccupations, au travers de mes différentes activités, elle demeure néanmoins une discipline transversale qu'il me faudra appréhender. Dans cette discipline, il convient plus d'écouter que de parler. Je crois donc qu'à ce titre, cette journée sera particulièrement enrichissante.

Je vous remercie, Monsieur le Président, de votre accueil et du partenariat que vous menez avec notre association. L'exemple que vous montrez, d'un Conseil général soucieux de santé bucco-dentaire, est très important. Votre action, appuyée sur un recul de plusieurs années, a été déterminante dans cette approche. Il faudrait maintenant y ajouter les activités du Conseil général du Val-de-Marne, qui vous suit et vous accompagne dans ces choix. Vos actions conjuguées nous permettent de donner à notre développement une large assise.

J'ai été nommée à la Présidence de l'ASPBD dans des conditions douloureuses. Je ne les oublie pas. J'étais très attachée à mon amie, Françoise ROTH. Nous avons longtemps travaillé ensemble, que ce soit dans le cadre de mes fonctions de Doyen comme de Président d'université. Elle m'a toujours secondée et m'a beaucoup aidée dans mes activités de recherche. Je porte donc à sa mémoire un souvenir particulièrement ému.

J'ai été très honorée que l'on fasse appel à moi, au travers de notre amitié, et bien que je n'aie pas une compétence aussi large que celle que Françoise ROTH avait développée. Je pouvais néanmoins prétendre à une petite porte d'entrée, dans ce choix touchant à la santé publique.

En effet, il y a une vingtaine d'années, alors que j'étais conseiller au Ministère de l'Education Nationale, j'ai pris conscience de l'importance de la santé publique et du fait qu'elle n'existait pas officiellement dans notre monde hospitalo-universitaire. J'ai donc souhaité qu'il y ait une sous-section de santé publique bucco-dentaire. Cela n'a pas été facile, car la santé publique en France, bien que plus avancée sur le plan de la médecine que sur le plan bucco-dentaire, n'était pas aussi importante que nous l'ayons souhaité, et ne bénéficiait pas du même élan que celui constaté dans d'autres pays. Beaucoup de mes collègues se sont dressés contre ces choix, pensant qu'il fallait

développer la formation avant de créer une fonction. Avec le recul, je pense que ce choix était nécessaire et je n'en rougis pas. En effet, grâce à d'autres collaborations et d'autres volontés, nous avons réussi, peu à peu, à montrer que la santé publique était présente en santé bucco-dentaire ainsi que dans la formation de nos futurs chirurgiens dentistes.

Le chemin est encore long : à chaque fois que j'interviens dans le cadre de mes responsabilités, je m'étonne encore du peu de place faite à l'odontologie. Je ne pense pas qu'il s'agisse d'une volonté délibérée d'oubli de la part de nos responsables, qu'ils soient politiques ou de diverses origines ; il s'agit peut-être davantage d'une approche culturelle, qui doit encore évoluer. A travers les nouvelles responsabilités que vous m'avez confiées, je vous promets de rappeler à chacun, avec toute la pugnacité nécessaire, que l'odontologie (donc la santé publique bucco-dentaire) existe, et qu'elle a sa spécificité, même si, sur un plan général, elle se rattache à la santé publique globale.

Je ne retarderai pas davantage l'ouverture de cette journée. Je me réjouis de donner la parole à Mme Dominique POLTON, qui va aborder le sujet de la décentralisation des systèmes de santé. Elle complètera également le programme de cette matinée en nous faisant part de quelques expériences menées à l'étranger. Il est important que l'odontologie ne soit pas oubliée dans les différentes dispositions prises par nos autorités politiques. Je tiens à souligner que la santé publique bucco-dentaire n'est pas uniquement centrée sur le dentiste, mais est ouverte à tous les acteurs de la santé publique, ainsi que l'indique le titre de notre association. C'est à la fois une discipline en soit, avec ses exigences scientifiques, et une discipline qui appartient aux citoyens, et par conséquent, à la politique. L'organisation de cette journée, que le Conseil général accueille dans ses locaux, est un indicateur de cette approche.

Je vous remercie.

REGIONALISATION, DECENTRALISATION DE LA SANTÉ : QUELLES PERSPECTIVES ?

DECENTRALISATION DES SYSTEMES DE SANTE : QUELQUES REFLEXIONS A PARTIR D'EXPERIENCES ETRANGERES

Mme Dominique POLTON

Directrice de l'IRDES

Nous étudions, au sein de l'IRDES, le mode de fonctionnement du système de santé français, mais nous analysons également ce qui se passe au-delà de nos frontières. En effet, sans avoir pour volonté de transposer, ce qui n'est ni possible, ni souhaitable, il est toujours intéressant d'étudier la manière dont sont analysés et traités des problèmes similaires dans d'autres pays.

L'introduction consistera donc à faire un tour d'horizon de la décentralisation des systèmes de santé en général dans les différents pays. Nous ne rentrerons pas dans le détail de l'organisation, et notamment il ne sera pas fait d'allusion au secteur de l'odontologie, car il se trouve généralement compris dans une organisation globale des soins et de pilotage du système.

J'essayerais de tirer de cette analyse quelques éléments de réflexion sur notre propre système de santé. Après une clarification sémantique rapide sur le terme même de « décentralisation », je souhaiterais faire passer trois idées essentielles :

- Les formes de décentralisation sont très variées selon les pays, et les manières de concevoir des délégations de responsabilités à des acteurs périphériques sont nombreuses ;
- Il est assez difficile de déterminer si, chez nos voisins, la décentralisation résout les problèmes ; les résultats ne sont pas toujours conformes aux attendus, et nous constatons qu'il y a bien d'autres éléments que le niveau de pilotage du système (ou sa forme) qui interviennent dans les performances d'un système de santé ;
- Il s'agit d'un chantier permanent dans tous les pays : on décentralise, on recentralise, on modifie l'organisation. Nous constatons donc que chacun est à la recherche d'un système qui permette de piloter au mieux l'organisation des soins, qui est complexe.

Afin de clarifier les choses, je ne limite pas la signification du terme « décentralisation » au sens juridique strict de « transfert de compétences à des collectivités élues », par opposition par exemple à « déconcentration ».

Ma vision est beaucoup plus large : elle va de la décentralisation au sens indiqué ci-dessus, également appelée « dévolution » dans la littérature internationale, à des déconcentrations administratives et à des formes plus compliquées et que l'on pourrait qualifier de « décentralisation technique ou professionnelle » ou de « délégation à des acteurs collectifs ».

Il existe des formes variées de décentralisation et nous allons explorer les modèles suivants :

- Des modèles de dévolution politique, plus ou moins récents selon les pays,
- Des modèles de décentralisation administrative,
- Des modèles de décentralisation vers les acteurs mêmes du système de santé que sont les professionnels ou les structures de soins,
- Des modèles d'assurance sociale qui consistent à déléguer des responsabilités à des acteurs collectifs (médecins, caisses), qui jouent un rôle dans le système.

Nous allons examiner deux exemples de dévolution, afin de voir comment ils fonctionnent dans différents pays.

Le premier exemple concerne les pays scandinaves. Le Danemark a été choisi, mais nous pourrions prendre la Suède, la Norvège ou la Finlande, qui ont, à des degrés divers, des systèmes relativement similaires ; ou du moins, qui l'étaient encore tout récemment, car des réformes ont conduit à des changements très profonds dans ces pays.

Le Danemark est un petit pays de 5 millions d'habitants composé de 14 comtés. Le système est entièrement géré et financé par les comtés à partir d'impôts locaux, une péréquation nationale permettant de compenser les inégalités de richesses ou de besoins. Le système est donc entièrement aux mains des comtés, qui sont plutôt l'équivalent de nos départements que de nos régions.

Dans ces pays, a eu lieu au cours des années 1990, un transfert allant dans le sens d'une décentralisation encore plus grande : les municipalités se sont vues transférer non seulement la responsabilité des services sociaux (personnes

âgées ou handicapées), mais également la responsabilité des services de soins de longue durée. Cette délégation va donc plus loin, par exemple, que celle conférée aujourd'hui aux Conseils généraux français.

Dans un système comme celui du Danemark, l'Etat central conserve un pouvoir de négociation avec les différents comtés pour définir le niveau des prélèvements obligatoires (impôts) et la répartition d'une enveloppe permettant d'égaliser les ressources des comtés en fonction de leur richesse et de leurs besoins, et de garantir ainsi la péréquation (selon son niveau de richesse, une collectivité dégage en effet plus ou moins de ressources avec les mêmes taux d'imposition, ce qui est aussi le cas en France).

L'Etat intervient également dans le système en investissant, pour répondre aux priorités de santé publique : ces pays connaissent tous, par exemple, des problèmes de listes d'attente pour se faire opérer, et le gouvernement décide par moments d'investir pour réduire ces listes d'attente pour telle ou telle intervention chirurgicale.

Le second modèle de dévolution est peut-être un peu plus proche du nôtre. C'est celui, beaucoup plus récent, de l'Espagne et de l'Italie.

Depuis une vingtaine d'années, l'Espagne a décentralisé son système de santé, d'une manière progressive. Les communautés autonomes, qui sont l'équivalent de nos régions, ont progressivement pris, l'une après l'autre, la responsabilité du système, au moins en termes de gestion. L'intérêt pour nous du modèle espagnol (ou du modèle italien jusqu'à récemment) est qu'il fonctionne selon un principe qui a été envisagé en France, et qui consiste en une délégation de la gestion du système, mais pas de son financement. Le financement reste essentiellement centralisé, mais la gestion du système est déléguée aux communautés autonomes. L'année 2002 a marqué l'achèvement de ce processus.

Le processus a été le même en Italie. Il est intéressant de noter qu'au cours des années 1990, ce processus part d'une première période avec 3 niveaux de gouvernement (national, régional, et un niveau correspondant aux élus locaux), pour ensuite, contrairement à ce que nous avons vu tout à l'heure pour les pays scandinaves, recentraliser plutôt au niveau de la région. La réforme de 1992-1993 a concentré l'essentiel des pouvoirs sur la région (collectivité territoriale élue), avec retrait du niveau national, mais également du niveau local, la gestion des unités sanitaires de base étant complètement transférée à la région. Une nouvelle étape a été franchie entre 1997 et 1999, vers une décentralisation

non seulement de la gestion, mais aussi du financement, avec des conséquences problématiques en termes d'équité.

Compte tenu des très grandes différences de richesses entre les régions italiennes, le fonds de péréquation (s'il existe un jour, car il semble difficile à mettre en place), devra combler jusqu'à 40 % des besoins dans certaines régions. Les régions concernées auront beaucoup de mal à lever des ressources supplémentaires et à fonctionner de manière autonome.

En ce qui concerne les modèles de décentralisation administrative, on pourrait penser que ce terme répond à une définition simple, un Etat qui s'appuie sur des organes déconcentrés comme les Directions régionales des affaires sanitaires et sociales en France, mais la réalité peut se révéler plus compliquée.

Si nous prenons l'exemple du Québec, lorsque les régies régionales ont été créées, elles ont paru intéressantes à un certain nombre d'observateurs français ; en effet, bien qu'il s'agisse d'instances plutôt administratives, les élus locaux n'y étant pas représentés, elles ont cherché malgré tout à intégrer une représentation des usagers dans leurs conseils d'administration par des systèmes d'auditions et de concertations, et à ancrer ainsi leur action dans une plus grande légitimité démocratique. 9 provinces canadiennes sur 10 ont choisi des décentralisations de nature administrative, mais avec des variantes assez fortes dans la nature de cette décentralisation, et la recherche plus ou moins poussée d'une légitimité, sinon politique car il n'y a pas d'élus, du moins démocratique avec une représentation des usagers.

La troisième forme de décentralisation, qui semble correspondre à un mouvement de fond, consiste à donner une autonomie de gestion aux acteurs du système, c'est-à-dire aux professionnels et aux structures de soins que sont les hôpitaux. Nous constatons aujourd'hui dans de nombreux pays une modification des statuts d'hôpitaux publics, vers des statuts d'un type comparable à celui de nos PSPH, c'est-à-dire des établissements participant au service public ayant un statut privé non lucratif.

Nous observons actuellement au Royaume-Uni, mais également dans les pays scandinaves, un mouvement qui consiste à détacher les hôpitaux publics de l'Etat, pour en faire des acteurs autonomes, économiquement responsables. Il s'agit donc d'une sorte de décentralisation « économique-professionnelle ». Par ailleurs étant donné qu'en ambulatoire, il n'est pas possible de décentraliser au niveau d'un professionnel isolé, on voit s'installer dans plusieurs pays, d'une

manière intéressante, des systèmes de réseaux locaux, auxquels une très grande responsabilité est déléguée. C'est par exemple le cas des groupes de soins primaires au Royaume-Uni, qui ont de plus en plus une délégation sur le plan budgétaire et ont une responsabilité de gestion des soins non seulement dans leurs cabinets, mais bien pour l'ensemble de leur population.

L'idée, et c'est sans doute le chemin que la France doit suivre, est de passer d'une responsabilité individuelle à un élément qui englobe une notion de service à la population. Nous constatons cette évolution de manière fort intéressante au Québec, où ont été récemment créés des réseaux de services socio-sanitaires, placés sous l'autorité d'un même conseil d'administration et intégrant l'hôpital et les centres locaux de soins communautaires ; l'idée est donc de décentraliser davantage vers ces réseaux locaux, et non plus vers les régions, comme c'était le cas jusqu'à présent.

Pour le modèle d'assurance sociale, nous allons étudier le cas de l'Allemagne. L'Allemagne nous intéresse tout particulièrement car nous n'avons abordé, dans les modèles cités précédemment, que des systèmes nationaux de santé. Ce sont des systèmes dans lesquels il n'y a pas d'assurance maladie. On y trouve l'Etat, les professionnels du soin, qui ne sont pas forcément tous fonctionnaires, mais il n'y a pas d'assurance maladie. Or notre système français, comme celui de l'Allemagne ou de l'Autriche, est basé sur une assurance maladie, avec une gestion paritaire. Comment peut-on décentraliser un système de ce type ? Notre situation n'est pas simple.

Si nous étudions le mode de décentralisation allemand, nous constatons que, bien que l'Etat soit fédéral, les acteurs essentiels vers lesquels s'est faite la décentralisation sont plutôt des acteurs professionnels collectifs. Il s'agit d'unions de caisses et d'unions de médecins par Land qui négocient, et qui, d'une certaine manière, bénéficient d'une autonomie de gestion par le biais de la concertation au sein du système.

La structuration de la médecine ambulatoire en Allemagne est le fait de cette négociation entre les unions de caisses et les unions de médecins. C'est donc encore un autre modèle de décentralisation.

La conclusion de cette analyse, est qu'il n'existe pas qu'un seul modèle de décentralisation : les modèles sont nombreux, tout comme les variantes au sein d'un même modèle.

Compte tenu de nos équilibres, et de la complexité de notre organisation, nous

devons probablement chercher, pour la France, un modèle de décentralisation qui pourrait nous convenir.

Les avantages potentiels de la décentralisation sont connus : si nous rapprochons la décision de l'utilisateur, les préférences seront mieux prises en compte, les programmes pourront être adaptés et devenir pilotes en matière de réponse aux besoins de la population. Nous pouvons peut-être amener les gens à une meilleure prise de conscience des coûts et des choix, car nous voyons bien que les décisions prises au niveau national se heurtent toujours au divorce qui existe entre notre rôle de contribuable et notre rôle d'utilisateur des soins. Peut-être pourrions-nous réconcilier ces deux rôles à un niveau local ? Nous pouvons également penser que nous serons plus efficaces, car nous connaissons mieux le réseau local de soins, et la manière dont il peut être amélioré. Nous pouvons enfin estimer que le fait de rapprocher la décision de la population apporte un élément de légitimité démocratique plus fort.

D'un autre côté, force est de constater que pratiquement tous ces points forts peuvent être retournés et transformés en points faibles. Au fond, la décentralisation ne repose pas véritablement sur un argumentaire technique. Quand nous parlons de la prise en compte des préférences et des besoins locaux, nous voyons bien que cette notion aboutit à une diversité. Cette diversité est-elle une bonne chose ? Oui, sans doute, mais elle peut également être considérée comme une source d'iniquité.

Nous constatons dans de nombreux pays que la décentralisation a pour conséquence des prises en charge différentes des personnes selon les régions. La décentralisation est-elle bénéfique car elle prend en compte les besoins locaux, ou est-elle génératrice d'inégalités ? De manière générale, nous pourrions faire les mêmes remarques sur chacun des attendus cités.

Peut-on établir un bilan de la décentralisation ? Conduit-elle à des systèmes plus efficaces ? Se paye-telle en termes d'iniquité ?

Il est très difficile de répondre à ces questions de manière objective et documentée, mais ce que l'on observe n'est pas toujours conforme aux attendus.

Ainsi, quand il s'agit d'efficacité ou de maîtrise des coûts qui constituent les objectifs de la plupart des gouvernements, c'est moins la question de la décentralisation qui est en jeu, que celle de l'organisation du système lui-même.

Certains systèmes permettent une meilleure maîtrise des coûts, quitte à le payer par un allongement des listes d'attente, parce qu'ils sont très encadrés, très rationnels ; d'autres systèmes, comme le nôtre, bien qu'ils soient très centralisés, ont beaucoup de mal à maîtriser les coûts de santé. C'est donc moins une question de décentralisation que d'organisation du système.

Paradoxalement, alors qu'on a tendance à penser que la décentralisation se paye d'une plus grande iniquité, on constate que ce n'est pas aussi flagrant : d'une part, parce que quand on décentralise, on est pratiquement toujours obligé de mettre en place des péréquations et donc de constater explicitement qu'il y a des inégalités, et d'autre part, parce que l'organisation du système transcende le niveau de décentralisation.

Par exemple, au Danemark, les généralistes se répartissent de manière beaucoup plus équitable sur le territoire que chez nous, bien qu'il s'agisse d'un pays décentralisé. Cela résulte de négociations entre les comtés et les médecins pour déterminer l'implantation locale. Ce qui est en jeu, c'est moins le degré de décentralisation que les instruments mis en place et les objectifs fixés en termes d'équité territoriale.

Ces processus sont en chantier permanent. Aucun pays ne semble être stabilisé sur une organisation qui lui convienne, dans laquelle il n'y aurait pas de conflits de pouvoir. Les changements sont importants, et pour certains, extrêmement spectaculaires.

Les années 1990 ont été marquées par une tendance très forte à la décentralisation, avec le processus de régionalisation espagnol ou italien et les groupes de soins primaires au Royaume-Uni. Les compétences transférées des comtés aux municipalités en Suède, au cours des années 1990, représentent 1/5^{ème} des budgets. Ce n'est donc pas un transfert à la marge.

Avec les années 2000, on peut se demander si, à certains endroits, nous n'assistons pas à un retour de balancier. En Norvège, des réformes consistent ainsi à transférer la propriété des hôpitaux des comtés vers l'Etat central et à remplacer les 19 comtés par 5 grandes régions administratives qui bénéficient d'une décentralisation administrative, mais pas d'un pouvoir fiscal. La même démarche est en cours au Danemark, que ce soit pour le regroupement et la centralisation ou pour le fait de retirer le pouvoir de finances locales au comté. Ce n'est pas uniquement la santé qui est en jeu, c'est l'ensemble de l'organisation.

Au Québec, il s'agit de transformer les régies régionales en agences qui joueront plutôt un rôle de courroies de transmission, et d'accentuer une dynamique de délégation vers les réseaux locaux. Ce sont des transformations importantes, qui montrent que les mouvements de décentralisation ne sont pas forcément si éternels, universels et équilibrés que cela. Nous constatons bien qu'il y a des mouvements dans les deux sens.

La tendance qui se dégage est de donner, à des groupes de professionnels ou des organisations un peu originales, de type réseaux intégrés au Québec ou groupes de soins primaires au Royaume-Uni, des responsabilités assez fortes au sein du système. C'est également une voie à laquelle nous pouvons réfléchir. Les effets constatés ne sont pas miraculeux, les attendus escomptés ne sont pas toujours au rendez-vous ; cela dépend beaucoup de l'organisation du système. Il faut donc que nous cherchions, chez nous, un modèle qui corresponde à la manière dont nous sommes structurés, cette manière étant historiquement relativement complexe.

ORGANISATION DE LA SANTE DENTAIRE AU QUEBEC

Dr Bernard LAPORTE

Responsable national de la Santé dentaire publique - Québec

Au cours de ma présentation, vous serez invités à visionner de courts extraits tirés d'un bulletin de nouvelles de la Société Radio-Canada portant sur la santé dentaire au Québec. Voici le 1^{er} extrait :

« Au Québec, la gratuité des soins dentaires est limitée aux enfants de moins de 10 ans. Saviez-vous qu'à Montréal, 27 % des enfants vivent au-dessous du seuil de pauvreté, et que c'est chez eux que l'on diagnostique plus de 80 % des caries dentaires ? Et puis il y a les histoires horribles d'enfants de 3 ans, par exemple, qu'il faut totalement édenté. Ce soir, José DUPUIS et Robert VERGE se demandent si le gouvernement ne pourrait pas faire davantage pour éviter la carie ».

Le journaliste termine son introduction par une question portant sur ce que le gouvernement pourrait faire de plus pour traiter le problème de la carie dentaire ? Il ne met pas en doute le rôle des établissements locaux ou des

autorités régionales, mais plutôt celui du gouvernement, pour ne pas dire, directement, celui du Ministre de la Santé et des Services sociaux. Il est facile d'attribuer tous les problèmes, ou toutes les solutions, au pouvoir central. Pourtant, la régionalisation implique un partage des responsabilités, et ce, en fonction du rôle de chacun des partenaires régionaux ou locaux.

C'est dans ce contexte que je souhaite présenter l'expérience du Québec en ciblant l'équilibre des forces à privilégier entre la centralisation et la régionalisation.

Ainsi, les buts de ma présentation sont d'analyser brièvement l'organisation des services de santé dentaire au Québec, de préciser les enjeux qui influencent cette organisation et de décrire les orientations privilégiées au Québec en matière de santé dentaire publique. Enfin, de porter à votre attention des éléments nous permettant de répondre aux deux questions suivantes :

- Que peut-on faire au niveau national pour supporter la régionalisation ?
- Comment faire pour que la santé dentaire publique devienne une priorité gouvernementale dans un contexte où les besoins médicaux sont grandissants et où les finances publiques laissent peu de latitude au gouvernement en place ?

Le Québec a une superficie de 1,7 millions de kilomètres carrés et compte 7,4 millions d'habitants. Sur le plan socio-sanitaire, il est composé de 18 régions, tantôt rurales, tantôt urbaines.

D'une façon générale, la population est concentrée le long de la vallée du Saint-Laurent. En fait, trois régions regroupent plus de 60 % de la population : l'île de Montréal, la région de Laval (au nord de Montréal), et la région de la Montérégie (au sud de Montréal).

Le système de santé et des services sociaux au Québec comprend trois grandes caractéristiques :

- Les services de santé et les services sociaux sont regroupés au sein d'une même administration, ce qui permet une approche globale de la santé ;
- Il est organisé sur trois niveaux : un niveau central (gouvernement, ministère), un niveau régional et un niveau local ;

- L'ensemble du système est sous contrôle public : l'État définit le panier de services, en finance la production et le fonctionnement, et fixe les conditions d'admissibilité à ses programmes.

Quelques dates importantes concernant le système de santé québécois :

- 1961 : mise en place du programme d'assurance hospitalisation : accès gratuit aux services médicaux en milieu hospitalier,
- 1971 : mise en œuvre d'un programme universel d'assurance maladie : accès aux services médicaux en cabinet privé,
- 1997 : implantation d'un programme universel d'assurance médicaments : régime privé ou public offrant une couverture de base pour les médicaments.

Quelques dates concernant plus particulièrement la santé dentaire au Québec :

- 1970 : introduction du programme de chirurgie buccale en milieu hospitalier,
- 1974 : introduction du programme de services dentaires pour les enfants en cabinet privé,
- 1982, 1992 et 1997 : réductions budgétaires importantes touchant principalement le programme de services dentaires à l'intention des enfants, avec comme conséquences, le resserrement de la clientèle admissible, la réduction ou la modification du panier de services.

Les services dentaires assurés par l'État comprennent :

- Les services assurés en centres hospitaliers
L'ensemble de la population est assuré pour ces services qui comprennent : l'examen et la consultation, tous les actes de radiographie, l'anesthésie, l'ouverture de la chambre pulpaire et la chirurgie. Toutefois, les services suivants ne sont pas assurés : l'extraction de dents et de racines, la pose d'implants, ou encore les services de nature esthétique.
- Les services assurés en cabinets privés
Chez les enfants de 9 ans et moins, les services comprennent : l'examen et la consultation, l'ouverture de la chambre pulpaire, l'obturation, la pose de couronnes pré-fabriquées, la pulpotomie et la pulpectomie sur les dents temporaires, le traitement de canal sur les dents permanentes, ainsi que l'extraction dentaire et la chirurgie.

Chez les prestataires d'assistance emploi, les services sont similaires aux services assurés pour les enfants. Il existe cependant certaines restrictions particulières : le nettoyage des dents est réservé pour les personnes de 12 ans ou plus, l'application topique de fluor est restreinte aux adolescents de 12 à 15 ans, le détartrage est limité aux personnes de 16 ans et plus, et le traitement de canal est réservé aux jeunes de moins de 13 ans.

Soulignons que les services préventifs offerts en cabinet privé ne sont pas assurés pour les enfants. Ces services sont plutôt rendus en milieu scolaire dans le cadre des activités du réseau de santé publique.

En cabinet privé, l'équipe dentaire est habituellement composée du dentiste, d'un hygiéniste dentaire, d'un assistant dentaire, d'un secrétaire et souvent d'un denturologiste avec lequel s'associe le cabinet dentaire. Le denturologiste peut aussi posséder un cabinet privé indépendant.

Le Québec compte 3 932 dentistes et 3 900 hygiénistes dentaires. Par ailleurs, 52 % des dentistes pratiquent en groupe et l'on retrouve en moyenne 3,2 dentistes par cabinet. Le paiement des honoraires professionnels provient à 42 % des assurances privées et à 30 % des personnes non assurées.

Concernant les services assurés par le gouvernement, le programme à l'intention des enfants représente 12 % des honoraires des dentistes en cabinet privé, alors que le programme des prestataires d'assistance emploi en génère 7 %. Il est également important de souligner que les dépenses de fonctionnement d'un cabinet représentent environ 60 % des honoraires bruts.

Depuis environ vingt ans, nous connaissons au Québec une décentralisation du système de santé ainsi qu'un développement de la prévention. Nous constatons un renforcement de la santé publique par des éléments structurants tels que l'adoption en 2001 de la loi sur la santé publique.

Actuellement nous sommes dans une période de transition. En décembre 2003, le gouvernement a en effet adopté la loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, dont le rôle est de remplacer les régies régionales. Cette loi vise l'établissement, dans les différentes régions du Québec, de 95 réseaux locaux de santé et d'autant de centres de santé et de services sociaux.

Cette nouvelle organisation a pour but de mieux intégrer les services à l'intérieur d'un territoire donné. Trois principes guident la mise en place de ces réseaux :

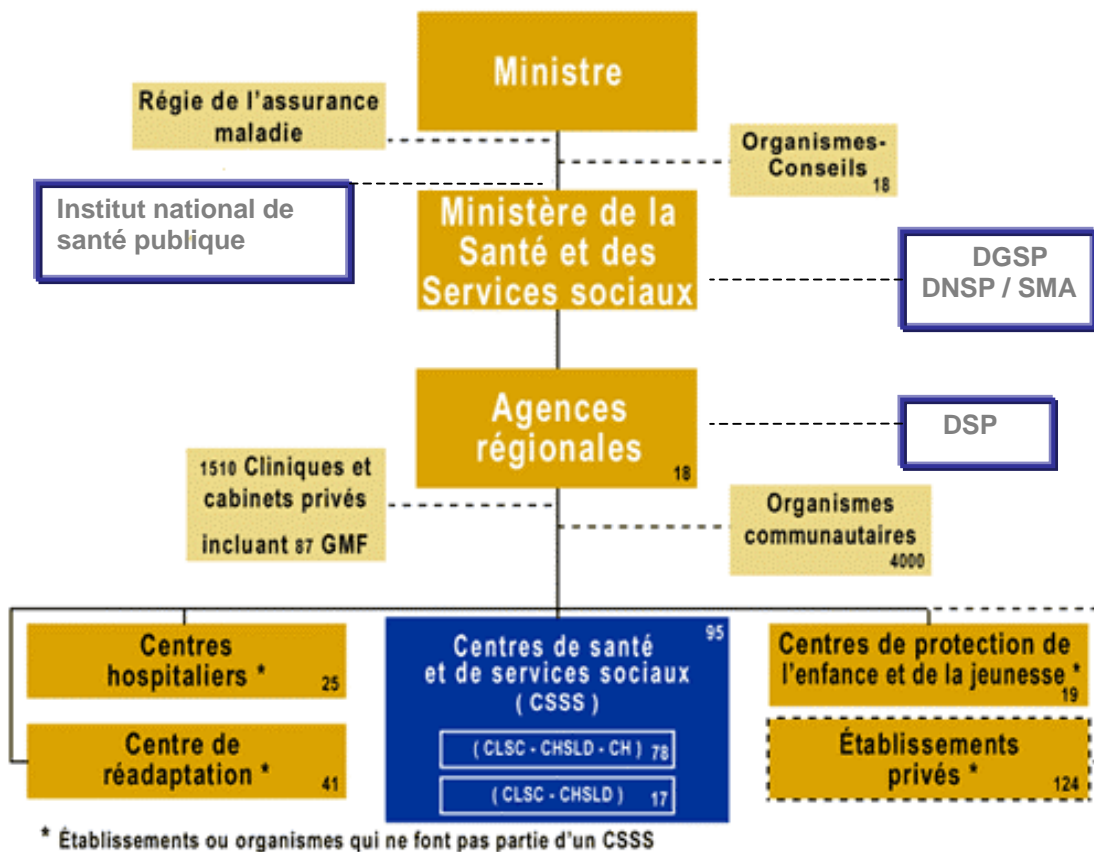
- La responsabilité « populationnelle » : les intervenants d'un réseau local ont la responsabilité de rendre accessible à la population un ensemble de services le plus complet possible;
- La hiérarchisation des services : elle vise à faciliter le cheminement des usagers entre les services de première ligne (services généraux), de deuxième ligne (services spécialisés) et de troisième ligne (services ultra-spécialisés);
- La proximité des services : les services doivent se trouver le plus près possible des usagers.

Ainsi, un centre de santé et de services sociaux est au cœur d'un réseau local de services résultant de la fusion de trois types d'établissements : les centres locaux de services communautaires, les centres d'hébergement de soins de longue durée et les centres hospitaliers de soins généraux. L'ensemble des autres services, qu'ils soient publics ou privés, gravite autour de ce centre de santé et de services sociaux. Bien entendu, les professionnels de la santé sont invités à travailler en concertation, dans l'intérêt de leur population locale.



Le réseau québécois de la santé et des services sociaux est organisé de la façon suivante :

- 13 organismes-conseils comprenant entre autres l'*Institut national de santé publique du Québec* qui a comme fonction principale de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les agences régionales dans l'exercice de leur mission de santé publique et la *Régie de l'assurance maladie du Québec* qui a pour mission d'administrer les régimes publics d'assurance maladie et d'assurance médicaments;
- Le ministère de la santé et des services sociaux et ses différentes directions générales dont l'une, la direction générale de la santé publique, est spécifiquement chargée de la santé publique. À cette dernière est rattaché un sous-ministre adjoint, qui porte également le titre de directeur national de la santé publique. Ce titre, additionnel et complémentaire, lui donne une autorité de coordination dans l'ensemble du réseau et pour l'ensemble des services de santé publique;
- 18 agences régionales de la santé et des services sociaux ainsi que 95 centres de santé et de services sociaux.



Au Québec, la santé publique repose sur deux éléments structurels :

- La loi sur la santé publique adoptée en 2001;
- Le programme national de santé publique (2003-2012) qui permet de faire le lien entre les orientations gouvernementales ou ministérielles et les orientations régionales, pour la mise en place d'activités spécifiques.

La loi sur la santé publique établit des obligations et donne des pouvoirs. Elle impose une surveillance continue de l'état de santé de la population par l'élaboration de plans de surveillance. Elle identifie le ministère qui, en concertation avec les régions, doit mettre en place un programme national de santé publique, les établissements locaux devant, quant à eux, mettre en place des plans d'actions locaux.

De par cette loi, le ministre devient le conseiller du gouvernement : cela signifie que si demain, le ministre des transports voulait, par une loi, modifier la loi imposant le port de la ceinture de sécurité, il devrait obligatoirement consulter le ministre de la santé, et obtenir son avis avant de pouvoir présenter cette loi au conseil des ministres.

Le programme national de santé publique est un ensemble commun d'interventions et de services préventifs. Il compte 6 domaines d'intervention, et les problématiques sont regroupées selon des caractéristiques communes. Il a pour but de prévenir les problèmes de santé et les problèmes psycho-sociaux les plus importants. Les mesures proposées sont reconnues pour leur efficacité. Concernant le volet de santé bucco-dentaire, nous y retrouvons 3 objectifs :

- Une réduction de 40 % de la carie dentaire chez les jeunes de moins de 18 ans;
- Une réduction de la prévalence des maladies parodontales chez les adultes de 18 ans et plus;
- Une amélioration des habitudes de vie relatives à l'hygiène bucco-dentaire de l'ensemble de la population.

Pour la réalisation de ces objectifs, un certain nombre d'actions à réaliser ont été définies. En voici quelques exemples :

- L'intégration de la santé dentaire aux campagnes de communication gouvernementales axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie;

- La promotion de l'utilisation optimale des fluorures y compris la fluoration de l'eau potable;
- La promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives. Au Québec, les activités de dépistage touchent tous les enfants de la maternelle. À la suite de ce dépistage, les enfants identifiés, selon le critère provincial, comme présentant le plus grand risque de caries dentaires, sont suivis par une hygiéniste dentaire en milieu scolaire, de façon individuelle, deux fois par an. Et ce de la maternelle jusqu'à la 3^e année. C'est ce que nous appelons « le suivi préventif individuel ». Une autre mesure de prévention contenue dans le programme national de santé publique est la mise en place des agents de scellement au niveau des 1^{re} et 2^e molaires permanentes. Cette activité est en développement.

La mise en œuvre de ces activités s'appuie sur un véritable réseau de santé dentaire publique. Ce réseau est composé d'un dentiste-conseil à la direction générale de la santé publique du Ministère, de trois dentistes-conseils à l'Institut national de santé publique, de 26 dentistes-conseils dans les directions de santé publique des agences régionales et de 231 hygiénistes dentaires œuvrant dans les établissements locaux.

Le Ministère voit à l'élaboration des orientations, des paramètres budgétaires, des politiques et des programmes. Il veille aussi à la coordination et à l'évaluation des programmes ainsi qu'à la surveillance de l'état de santé de la population.

L'Institut national de santé publique du Québec offre des services de conseils et d'assistance spécialisée, des activités de recherche ou de développement de connaissances nouvelles et des activités de formation et d'information.

Les directions de santé publique des agences régionales ont des responsabilités similaires à celles du ministère qu'elles appliquent au niveau régional. C'est ainsi qu'elles s'occupent de la planification, la coordination, et la répartition des allocations budgétaires au niveau des établissements, etc. Enfin, les établissements locaux ont comme mission principale d'assurer la distribution des services.

Afin d'illustrer le rôle de l'hygiéniste dentaire œuvrant en santé publique et en milieu scolaire, voici un deuxième extrait du reportage diffusé à Radio Canada :

« Juste à côté de Saint-Henri se trouve Saint-Charles, un autre quartier défavorisé de Montréal. Joan DAOUST est hygiéniste dentaire dans cette école primaire. Aujourd'hui, elle reçoit la visite d'Alexandra, 7 ans, qu'elle suit depuis la maternelle. Alexandra fait partie des élèves à risque qui ont déjà beaucoup de dents réparées. Il y a une quarantaine d'enfants comme elle dans cette école. À titre préventif, Joan DAOUST les voit deux fois par an, jusqu'en 3^e année. Les mesures préventives réalisées en cabinet privé telles que l'application de fluorure sur les dents ou le scellement des molaires pour les protéger de la carie, sont très souvent inabordables pour les familles à faibles revenus. »

Dans un contexte de décentralisation, la concertation entre les niveaux national et régional est très importante. À cet effet, au Québec, nous avons mis sur pied une table de concertation nationale en santé publique. Cette table est composée des autorités de santé publique du Ministère, de l'Institut national de santé publique et des directeurs régionaux de santé publique. Les objets de discussion sont de nature stratégique, le but étant d'assurer la coordination, la convergence et la cohérence des actions de santé publique.

Les travaux de cette table sont alimentés par cinq tables thématiques distinctes touchant les maladies infectieuses, la santé environnementale, la santé au travail, la promotion et prévention et la connaissance et surveillance. La santé dentaire s'inscrit dans les travaux de la table thématique portant sur la promotion et prévention.

Le développement des ressources en santé dentaire est tributaire des décisions gouvernementales en termes d'allocation budgétaire. Ces dernières sont assujetties à plusieurs facteurs dont les limites budgétaires du gouvernement, l'accroissement des coûts liés à la santé en général et les conséquences sur le système de santé du vieillissement de la population.

À ces éléments s'ajoutent l'ampleur relative des problèmes de santé dentaire et l'importance ou la gravité des maladies bucco-dentaires en comparaison aux autres problèmes de santé auxquels le gouvernement doit apporter des solutions. Les attentes de la population ont aussi une influence certaine sur les décisions gouvernementales. Malheureusement, en général, le public a peu d'attentes en matière de santé bucco-dentaire.

Au Québec, 37 % du budget global est déjà consacré à la santé et aux services sociaux, ce qui limite la capacité d'investissement du gouvernement pour mettre sur pied de nouveaux programmes ou encore pour bonifier des

programmes existants. Les dépenses consacrées à la santé et aux services sociaux sont en pleine expansion. En 1990-1991, le Québec dépensait 11,3 milliards de dollars alors qu'en 2004-2005 il dépensait plus de 20 milliards de dollars.

En ce qui concerne les dépenses de la Régie de l'assurance maladie du Québec pour les services payés aux professionnels, soulignons que les coûts des services médicaux sont aussi en croissance alors qu'ils sont relativement stables au niveau des services dentaires (de l'ordre de 100 millions de dollars par an).

D'ici 2051, la proportion de personnes âgées sera très importante. L'espérance de vie est actuellement de 79 ans, mais l'espérance de vie sans incapacité est de 66 ans, soit la même qu'en 1987. Ceci présage un surplus de demandes en matière de soins et une demande accrue des dépenses liées aux services médicaux.

En matière de santé dentaire, on nous présente souvent les chiffres de la mortalité liée au cancer, aux maladies cardio-vasculaires ou respiratoires pour justifier les limites d'investissement du gouvernement en matière de santé bucco-dentaire. Bien que ces maladies soient la cause de plus de 90 % des décès, il n'en demeure pas moins que la prévalence des maladies bucco-dentaires demeure élevée au Québec. A titre d'exemple, 42 % des enfants de la maternelle et 59 % des enfants de la 6^e année du primaire sont touchés par la carie dentaire, alors que 24 % des enfants de la maternelle cumulent 90 % de la carie dentaire en dentition temporaire.

Malgré cette situation inquiétante, un sondage publié le 26 octobre 2004 et réalisé par l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec démontre que 94 % des Québécois jugent qu'ils ont de « belles dents », alors que 20 % de la population est complètement édentée. Cela démontre que la population a souvent une fausse perception de sa santé bucco-dentaire et de ses besoins.

La réussite d'une régionalisation est une question d'équilibre entre les forces nationale et régionale : les limites étant fixées par le gouvernement central. Une trop grande centralisation entraîne souvent le désengagement des intervenants : les orientations ou les politiques gouvernementales étant trop éloignées de la réalité des intervenants sur le terrain et par conséquent de la population.

Par ailleurs, si l'équilibre est rompu par une régionalisation trop poussée et que

l'on ne retrouve plus aucune priorité nationale, cela devient dangereux pour les petits programmes comme celui de la santé dentaire publique, qui risque alors d'être marginalisé par rapport aux enjeux budgétaires prioritaires et aux autres problèmes de santé plus importants en termes de mortalité et dont les régions doivent s'occuper.

Seule la concertation entre les différentes instances permet le maintien d'un équilibre optimal entre la centralisation et la régionalisation. Les assises de cette concertation sont :

- L'appropriation volontaire par le réseau des orientations nationales,
- L'élaboration d'un agenda de travail commun,
- L'identification du panier commun de services,
- L'élaboration de mécanismes de communication efficaces, pour faire connaître à l'ensemble du réseau les orientations et les positions ministérielles.

En terminant, seules des orientations nationales et des actions concertées peuvent permettre, à moyen et à long terme, de maintenir les acquis ou encore de permettre le développement de ressources additionnelles en matière de santé bucco dentaire. C'est ainsi qu'il est essentiel de joindre nos efforts pour influencer les décideurs aussi bien au niveau national, régional que local.

ORGANISATION DE LA SANTE DENTAIRE EN ESPAGNE

Pr Esteban BRAU-AGUADE

Ancien doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire - Barcelone

En Espagne, tout a commencé en 1908 avec la création de l'Institut National de la Prévision (INPP), qui s'occupait de la gestion maladie et retraite. En 1914, a été instaurée l'assurance maladie obligatoire (SOE) pour l'ensemble de la population espagnole, qui couvrait tous les soins médicaux sauf l'odontologie. En 1978 est créé l'Institut National de la Santé (INSALUD), dont l'action est comparable.

Depuis les transferts opérés en 2002, la gestion est effectuée par les communautés autonomes (équivalents espagnols des régions françaises). Même

si les communautés sont autonomes du point de vue sanitaire, la constitution espagnole établit le droit à la protection de la santé. Elle a des compétences spécifiques, et accorde des compétences aux communautés autonomes et à l'Etat.

Les compétences de l'Etat correspondent à la base minimum de ce que vont pouvoir offrir les communautés autonomes. Les compétences de l'Etat sont donc les services de santé extérieurs, les bases de la coordination générale des services sanitaires et la législation concernant les produits pharmaceutiques. Ces bases sont déterminées par la loi générale de santé, qui régit les actions et les compétences de l'Etat. Afin de garantir la coordination entre l'Etat et les communautés autonomes, on a créé le Système National de Santé. Malheureusement, il ne fonctionne pas parfaitement bien.

L'Institut National de la Santé est divisé en 3 sous-directions générales, dont l'une s'occupe de l'action sanitaire. Le point qui nous intéresse est la sous-direction chargée de l'attention primaire. Cette attention primaire constitue la porte d'entrée du système sanitaire public en Espagne. Les services proposés sont : médecine générale (médecins de famille), pédiatrie, médecine bucco-dentaire, soins d'urgence, santé mentale et traitements de réhabilitation essentiels. Ces soins sont proposés dans des centres de santé, que nous appelons « centres d'assistance primaire ». Il est important de noter qu'il faut obligatoirement passer par ces centres pour les soins dentaires, on ne peut donc pas se rendre directement à l'hôpital pour ce type de soins.

L'Espagne était très en retard ; en effet en 1980, seule l'attention à la douleur était diagnostiquée, rien d'autre. Nous n'avons commencé à étudier des données épidémiologiques qu'en 1986, et l'établissement d'un programme de santé bucco-dentaire n'a débuté qu'en 1984, avec pour objectifs la prévention des maladies et la promotion de la santé.

Les changements de 2002 ont rendu autonomes les communautés. Le programme de données épidémiologiques est désormais géré dans chaque communauté et chacune essaye de développer son propre programme de santé. Les prestations de base sont celles du système national de santé, établi par la loi de 1985, qui comprend : l'information et l'éducation en hygiène et santé bucco-dentaire, des mesures préventives d'assistance destinées à la population infantile d'application de fluor topique et d'obturation et de scellement des fissures, des traitements odontologiques (y compris les extractions de pièces dentaires), l'exploration préventive de la cavité buccale chez les femmes enceintes et des aides économiques pour les prothèses

dentaires (mais ce point est extrêmement contrôlé). Ce sont les services de base, que toutes les communautés autonomes doivent proposer.

Les communautés ont donc actuellement leur propre législation concernant les soins dentaires publics. Certaines communautés ont développé leur propre programme, d'autre non. C'est en odontologie restauratrice que l'on constate le plus de différences entre les communautés autonomes, certaines offrant des soins. De même certaines offrent des traitements d'orthodontie complets sur dents définitives, alors que d'autres ne proposent rien sur ce plan. Certaines communautés offrent des prestations aux groupes considérés « à risque » les personnes du 3^{ème} âge, les femmes enceintes, les malades hémophiles ou les personnes handicapées.

Le réseau d'attention primaire comprend 1 309 personnes, dont 727 odontologistes ou stomatologistes, 206 hygiénistes et 376 auxiliaires de clinique. De plus, les soins sont assurés dans des cliniques dentaires privées qui bénéficient de subventions, surtout au Pays Basque et dans la communauté de Navarre.

Dans ces chiffres ne sont pas compris les « dentistes *de cupo* »: il s'agit de dentistes conventionnés par la sécurité sociale qui ne travaillent que quelques heures par jour dans des centres sociaux, en effectuant uniquement des extractions. Les dispensaires de ces centres sociaux ont presque tous disparus, et ferment au fur et à mesure que les dentistes *de cupo* vont à la retraite car le système sanitaire espagnol n'en conventionne plus. A la place apparaissent les centres d'assistance primaire, dans lesquels un dentiste travaille 7 heures par jour.

Il y a trois sortes de systèmes de gestion différents, au sein de ces centres d'assistance primaire : certains sont gérés par le système national de santé, via un gérant membre de l'administration (non-médecin), d'autres enfin sont auto-gérés par les médecins mais peuvent proposer des prestations payantes. Dans ce dernier cas, les dentistes proposent généralement aux patients de pratiquer l'après-midi les soins non couverts par la sécurité sociale, comme dans un établissement privé.

Les hôpitaux ne proposent que des services de chirurgie maxillo-faciale, réservée aux cas les plus graves, tels les dents de sagesse incluses ou les cancers. Pour ces cas, les patients peuvent se rendre dans de grands centres hospitaliers. Ainsi à Barcelone, nous avons 3 hôpitaux de classe 4 qui disposent de services de ce genre, et qui accueillent également les urgences, à la suite,

par exemple, de traumatismes. Mais dans tous les autres cas, les patients doivent s'adresser aux centres d'assistance primaire.

Ces précisions étant données, nous allons étudier la situation de chaque région. L'Espagne s'étend en effet sur une superficie de 506 000 km², avec une population d'environ 42 millions d'habitants.

En ce qui concerne l'Andalousie, les autorités sanitaires ont copié un programme établi au Pays Basque depuis plus longtemps. Les changements de gouvernement survenus en Andalousie et la physionomie particulière de cette région nous empêchent actuellement d'évaluer l'efficacité de ce programme.

En Aragon, il n'existe pas de législation spécifique ; l'assistance proposée est l'assistance de base établie par le système de santé national.

Concernant Les Asturies, je souhaiterais attirer votre attention sur un point important : les lignes de l'action sanitaire y sont en effet centrées sur la famille. Il ne s'agit pas seulement de faire de la prévention dans les centres d'assistance ou dans les écoles, mais également d'établir un programme de prévention au sein de la famille, pour développer le recours aux soins.

Les Iles Baléares proposent également une nouveauté par rapport au programme général : les enfants sont obligés de se rendre dans les centres d'assistance primaire pour permettre aux pédiatres de faire les contrôles nécessaires. Les autorités ont demandé aux pédiatres, dans le cadre de leur action, de dépister, lors des explorations buccales, d'éventuels problèmes dentaires, et si nécessaire, d'adresser immédiatement les enfants présentant des risques chez un odontologue.

Pour le reste, les prestations proposées sont les mêmes que celles du système national de santé. Je pense qu'au Québec, il se produit la même chose : en fonction de la taille de chaque communauté, les besoins en matière de santé sont différents.

La communauté de Cantabria est très petite, avec une superficie de seulement 5000 km². Cette communauté a mis en place des unités mobiles informatisées, qui se rendent dans les écoles. Les informations ainsi collectées sont transmises à des centres qui dispensent les soins à l'ensemble de la communauté. Tout est donc centralisé, ce qui est rendu possible par la taille réduite du territoire.

A l'opposé, la région de Castilla de la Mancha est très étendue, avec une superficie de 79000 km² et une forte densité de population. Le système sanitaire retenu est différent : il s'agit du système Vento Bus, dans lequel les soins dentaires sont proposés à bord d'un bus qui vient à la rencontre de la population et des enfants, pour un coût des soins moins élevé.

La communauté de Castilla-Leon a mis en place, pour sa part, un système proche du système national de santé.

On trouve en Catalogne les centres d'assistance primaire auto-gérés assurant, dans le même temps, des soins comparables à ceux du secteur privé. Ce système présente à la fois des avantages et des inconvénients : quand le centre est géré par les dentistes qui y sont regroupés, le patient pense parfois que la qualité des soins est moindre, le médecin pouvant être tenté d'économiser sur les analyses cliniques ou radiologiques. Les patients pensent que, dans les autres centres, les médecins sont plus attentifs car leur salaire est assuré.

D'un autre côté, les dentistes qui ne travaillent pas dans ces centres où l'on propose des soins de type privé, se plaignent, dénonçant une concurrence déloyale. Quoi qu'il en soit, c'est le système retenu par la communauté autonome de Catalogne.

La communauté de Ceuta y Melilla ne bénéficie pas d'un système très avantageux. C'est presque la même chose pour la région d'Extremadura.

En Galice, un accord a été passé avec la faculté d'odontologie. Ceci est à souligner, car on pourrait établir une liaison entre les soins donnés dans les centres et ceux donnés à la faculté. Ce système a déjà été mis en place à Saint-Jacques de Compostelle, de même qu'à Madrid, où des patients sont transférés vers la faculté d'odontologie pour des détartrages, des chirurgies orales ou ambulatoires.

Concernant la communauté de Murcia, il n'y a rien de particulier à souligner.

Avec la Navarre et le Pays Basque, nous arrivons aux deux régions les plus importantes puisque depuis 1991 y est mis en place un programme d'assistance dentaire infantile. Ce programme est dispensé dans des centres d'assistance et dans des cliniques privées.

En Navarre, 63 % des dentistes travaillant dans ces cliniques privées sont

payés par capitation. Le programme de fluorisation des eaux est très important, le matériel mis à disposition est conséquent, l'assistance dentaire représente 6 à 15 heures, l'ensemble de la chirurgie odontologique et réparatrice est assurée. Les femmes enceintes, qui connaissent de nombreux problèmes gingivaux, se voient proposer un suivi et une tartrectomie. Les personnes âgées peuvent bénéficier de prothèses, de même que les personnes handicapées.

Le système mis en place au Pays Basque reprend les mêmes idées, mais en plus, des objectifs sont clairement établis, ce qui est très important : je pense que dans tout programme sanitaire, il faut déterminer des objectifs pour évaluer les résultats obtenus et savoir ainsi où l'on va.

Le programme du Pays Basque est en place depuis 14 ans, et il a déjà obtenu des résultats publiés dans un article récent. Quand ce programme a été mis en place, les dentistes du Pays Basque n'y ont pas adhéré immédiatement, pensant que cela leur enlèverait un grand nombre de clients privés. Ceux qui l'ont accepté ont posé comme condition de ne pas soigner uniquement l'enfant, mais toute sa famille. Les choses ne se sont pas passées de cette façon, mais les problèmes remontent maintenant à 10 ans.

Aujourd'hui, compte tenu du nombre de professionnels disponibles (nous avons des dentistes au chômage en Espagne), le système de capitation dans des cliniques privées fonctionne mieux.

Il n'y a rien à indiquer concernant la communauté de la Rioja. Concernant Valence, un système original a été mis en place, mais il ne semble pas particulièrement rentable.

En conclusion, il est fondamental que tout programme soit évalué. Des études épidémiologiques et géographiques doivent être menées dans chaque région. On ne peut pas mettre en place le même système partout : chaque communauté autonome a ses propres besoins, qui doivent se voir traduits dans le programme. Tous les programmes destinés à la protection infantile permettent d'augmenter d'année en année la protection des enfants.

On constate en Espagne de grandes disparités selon les régions dans l'assistance dentaire, certaines régions proposant même de l'orthodontie, alors que d'autres se contentent des garanties de base. Il serait peut-être intéressant de se pencher plus en détail sur les programmes proposés par le Pays Basque, la Navarre et l'Andalousie, qui sont très proches les uns des

autres, ainsi que sur les petites différences du programme catalan.

Je voudrais enfin signaler que, si ces programmes semblent parfaits sur le papier, dans la réalité, ils génèrent parfois de nombreux problèmes.

20 ANS DE PREVENTION EN SEINE-SAINT-DENIS

Dr Boumédienne BEREKSI-REGUIG

Chef du Service de la Prévention et des Actions sanitaires - Conseil général de la Seine-Saint-Denis.

Le programme de prévention bucco-dentaire en Seine-Saint-Denis a aujourd'hui 20 ans. Ce programme n'aurait pas pu avoir lieu sans une implication politique très forte. En 1982, bien avant les lois de décentralisation, les élus de Seine-Saint-Denis décidèrent ainsi de lancer un programme de santé publique en faveur de la mère et de l'enfant, signé avec le ministère de la santé, et qui s'est traduit, entre autres mesures, par le programme de prévention bucco-dentaire.

Dans une première étape, un important travail a été réalisé afin d'établir un diagnostic, un état des lieux, un point de départ ; ce diagnostic a été partagé dès le début du programme avec tous les acteurs concernés. Un comité départemental de promotion de la santé ainsi que des comités locaux ont été chargés de l'établissement de ce diagnostic et, par une négociation avec l'ensemble des acteurs, de la définition des objectifs.

Entre 1983 et 1984, une vaste enquête épidémiologique a été menée auprès de 1400 enfants, âgés de 3 à 11 ans, représentant environ 10 % de la classe d'âge concernée.

Cette enquête a donné les résultats suivants :

- à 3 ans, 34 % des enfants souffraient d'une mauvaise santé dentaire,
- à 6 ans, 15 % des enfants présentaient des dents définitives atteintes,
- à 9 ans, 90 % des enfants présentaient des lésions carieuses.

Au total, 73,5 % des enfants étaient atteints par la carie dentaire, dont seulement 5 % pouvaient être considérés comme totalement soignés.

La deuxième étape a consisté à définir les objectifs. Ces objectifs ont été

d'obtenir une réduction des atteintes carieuses des dents permanentes chez les enfants de 11 ans, de 30 % après 5 ans de programme de prévention bucco-dentaire et de 45 % après 8 ans.

La mise en œuvre de ce programme ne s'est pas faite dans une démarche descendante, imposée par un département décideur, mais dans le cadre d'un travail de proximité, au plus près du terrain, s'appuyant sur un large réseau partenarial.

Entre 1984 et 1992, le programme a été mis en œuvre, avec pour finalité la volonté d'installer une autre façon de travailler, privilégiant une démarche construite sur le terrain, et aussi proche que possible des enfants, cibles de ce programme. Cette démarche s'est faite dans une approche de prévention primaire, déclinée par le biais de deux outils :

- Une campagne d'éducation pour la santé bucco-dentaire fondée sur la promotion de la santé dans tous les lieux de vie des enfants, afin de développer l'hygiène bucco-dentaire et l'hygiène alimentaire,
- L'utilisation du fluor prophylactique.

Plutôt que de proposer des dispositifs figés, il s'agissait d'occuper l'espace en mettant l'enfant au centre du dispositif.

Ce travail s'est appuyé sur un partenariat très important. En réalité, le programme bucco-dentaire lui-même est un réseau au premier rang duquel se trouvent les 32 villes (sur 40 que compte le département) conventionnées avec le Département et les équipes techniques locales chargées de la mise en œuvre du volet opérationnel. Mais ce programme a des effets induits sur les villes qui ne le sont pas.

Il s'agit également d'une coopération avec l'Education Nationale puisque chaque année, l'Inspecteur d'Académie envoie un courrier à l'ensemble des écoles et des Inspecteurs de l'Education Nationale (IEN) pour privilégier et favoriser l'intervention des animateurs et des acteurs bucco-dentaires des équipes locales dans les écoles. 2 400 enseignants ont ainsi été formés au début de ce programme par une centaine de chirurgiens dentistes volontaires.

Ce sont aussi des interventions régulières de sensibilisation dans les instituts de formation de maîtres (IUFM), des infirmiers (IFSI), des étudiants en chirurgie dentaire, des associations mobilisées (Secours Populaire et d'autres). Ce sont au total plus de 10 000 acteurs concernés par l'enfance qui ont été

sensibilisés aux besoins de santé des enfants et à l'intérêt d'une prévention bucco-dentaire intégrée dès le plus jeune âge. La recherche d'une plus grande cohérence a permis aux familles de s'impliquer en tant que partenaires à part entière.

Ce programme a été régulièrement ponctué d'évaluations, qui ont permis de contrôler les objectifs, de les ajuster, mais aussi d'ajuster le programme lui-même au regard de l'évolution des besoins. L'évaluation de 1992 a permis de constater, pour les enfants âgés de 11 ans, une diminution de la carie dentaire de 41 %. L'objectif de 45 % que nous nous étions fixé était donc quasiment atteint. Pour les enfants âgés de 5 à 6 ans, la baisse était de 49 %. En 1992, 63 % des enfants étaient indemnes de carie, c'est-à-dire sans carie ou avec des caries totalement soignées. En 1992, les objectifs étaient donc atteints.

A titre de comparaison, en 1990 la moyenne nationale était de 40 % de bonne santé dentaire et l'objectif de l'OMS pour l'an 2000 était de 50 % de bonne santé dentaire, pour la même tranche d'âge.

Ce programme a constamment évolué, et ses objectifs ont été régulièrement réajustés. De 1985 à 1986, nous distribuions des comprimés de fluor à environ 20 000 enfants. En 1986 le sel fluoré étant apparu sur le marché, nous avons changé de méthode de fluoration pour passer à une fluoration locale par rinçage avec solution fluorée ou par brossage avec gel fluoré. En 1989, le dispositif a été renforcé dans les quartiers dits « prioritaires ». A cette époque, nous constatons déjà une forte disparité d'atteintes carieuses et un recours aux soins différent selon la catégorie socioprofessionnelle des parents. L'étude de 1992 a également montré que 80 % des caries étaient situées sur les premières molaires définitives, avec dans 80 % des cas une atteinte au niveau des sillons.

De 1992 à 1994, le programme est entré alors dans une période charnière, dont l'enjeu a été de redéfinir ses méthodes et ses stratégies, et de réajuster ses objectifs. Les évaluations indiquaient en effet une baisse des atteintes carieuses, mais en même temps, de fortes disparités entre les enfants atteints et ceux qui ne le sont pas, avec des écarts importants en termes de recours aux soins selon la catégorie socioprofessionnelle des parents.

Nous avons donc ajusté le dispositif et la démarche, pour mettre en oeuvre une nouvelle démarche participative s'appuyant sur des projets. C'est la démarche par projet. Le choix a été fait de nous appuyer sur les groupes

existants (associations de femmes-relais, associations de parents d'élèves, cours d'alphabétisation), donc sur l'ensemble des acteurs sensibilisés.

Plutôt que d'asséner des messages d'information, nous avons préféré informer sur le programme, et construire avec les partenaires des objectifs afin que les familles et les acteurs puissent contribuer à leur réalisation, tout en réalisant leurs objectifs propres. Nous avons défini alors des objectifs en termes d'augmentation du recours aux soins et du nombre d'enfants indemnes de caries, grâce à une pratique de brossage et à de nouvelles recommandations sur l'apport fluoré mettant l'accent sur la consommation de sel fluoré.

En 1994 a été prise la décision de poursuivre ce programme de prévention à partir des constats faits, qui traduisaient un recul de la carie dentaire, mais aussi une concentration de la majorité de ces caries dentaires chez 25 % de la population. Entre 1997 et 1999, en coopération avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, nous avons mené une action expérimentale de scellement de sillons sur deux villes : Aubervilliers et Aulnay-sous-Bois. A cette époque, cet acte n'était pas remboursé. Notre action a contribué, entre autres, à faire inscrire cet acte à la nomenclature en 2001.

Aujourd'hui, l'objectif de santé bucco-dentaire est inscrit à la loi de santé publique, parmi les 100 objectifs de santé publique fixés par cette loi. C'est une bonne chose, mais, à notre avis, cela reste largement insuffisant, car cet objectif se contente de reprendre quelques recommandations qui sont celles de l'association à laquelle adhère le département.

Plutôt qu'un objectif, nous préférerions un vrai projet de prévention bucco-dentaire : établissement d'un véritable diagnostic de santé publique bucco-dentaire, définition des acteurs, de leurs compétences et des moyens à mettre en œuvre pour donner toute sa place à la santé publique. Ce plan de prévention global devrait préciser les échéances et les moyens. Nous souhaitons également, afin de pouvoir réaliser des évaluations régulières de ce plan, que soit lancée une véritable réflexion sur les indicateurs car aujourd'hui, le seul CAO est insuffisant.

L'offre de soins, de ville et hospitalière, doit être repensée, afin que le programme de prévention puisse déboucher sur une offre de soins complémentaires : certains hôpitaux demandent aujourd'hui des subventions pour pouvoir recruter du personnel, car le programme de prévention bucco-dentaire mené en Seine Saint-Denis oriente de nombreux enfants vers l'hôpital, qui ne dispose pas des moyens suffisants pour les prendre en charge.

Il faut donc repenser l'offre de soins bucco-dentaires.

L'accès aux soins, au niveau de notre département, se heurte, comme ailleurs, à la baisse du nombre de dentistes, mais cette baisse est encore plus forte en Seine Saint-Denis. Nous ne disposons que de 53 chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants, la moyenne en Ile-de-France étant de 90 ; nous sommes donc à 38 % en dessous de la moyenne régionale. Or le programme n'a de sens que si cet écart est corrigé.

Il faut également savoir que l'offre hospitalière en Seine-Saint-Denis est inexistante pour la prise en charge des enfants atteints de polycaries, alors que les inégalités en terme de santé constatées sur le département méritent que des efforts soient consentis pour combler ce retard. Malheureusement rien n'est annoncé, ni dans le plan « Hôpital 2007 », ni dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire qui se prépare aujourd'hui.

ODONTOLOGIE ET REGIONALISATION : QUELS ENJEUX ?

LES SROS III : QUELS ENJEUX, QUELLE METHODOLOGIE ?

Mme Annie PODEUR

Présidente de la Conférence des Directeurs d'ARH

Je me suis interrogée sur ce que pouvait dire une directrice d'ARH dans le cadre d'une journée consacrée à l'hygiène bucco-dentaire. Nous sommes singulièrement dans le champ de la prévention et, récemment, nous avons choisi en France, de distinguer la prévention et l'organisation des soins, et de les confier à des autorités différentes. C'est la raison pour laquelle j'ai proposé de présenter ce qu'est le SROS III, pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïté. Je préciserai les enjeux auxquels il doit répondre et la méthodologie prévue. Je présenterai les orientations stratégiques retenues en Bretagne. J'essaierai d'ouvrir des portes sur l'hygiène bucco-dentaire, sur l'odontologie et sur la manière dont elle peut être intégrée.

Présentation générale de la démarche

Il faut tout d'abord rappeler que le SROS III a pour vocation de devenir le support unique de l'organisation des soins en région, avec 3 grands principes :

- Une approche globale : les soins somatiques et la santé mentale ne sont plus distingués, contrairement à l'habitude jusque-là en vigueur en France, des portes sont ouvertes entre le champ ambulatoire et le champ hospitalier, et l'on essaye de conjuguer harmonieusement prévention et soins,
- La territorialisation : les démarches descendantes ont vécu et n'apportent pas grand-chose. La territorialisation, c'est l'identification de territoires de santé qui correspondent à des prises en charge. Le territoire de santé de l'hygiène bucco-dentaire n'est ainsi pas du tout le même que celui de la cancérologie : les soins et les prises en charge sont différents. Concernant le champ bucco-dentaire, nous sommes plutôt sur des territoires de proximité,

- La concertation : ce schéma doit être particulièrement concerté avec la définition d'objectifs négociés.

Trois éléments de cadrage nous sont donnés par les textes. Nous trouvons tout d'abord les thématiques obligatoires, et ce fut une grande déception pour les praticiens dentaires de constater que l'odontologie ne figurait pas parmi ces thématiques obligatoires.

Le deuxième grand facteur de cadrage est, que vont être élaborés sur chaque territoire de santé des « projets médicaux territoires » : il s'agit de définir le rôle respectif des établissements de santé ainsi que des acteurs ambulatoires sur l'ensemble des thématiques obligatoires qui sont imposées.

Il s'agit donc de préciser les rôles de chacun, la graduation des soins et leur coordination, afin de proposer un meilleur service à la population.

Etant donné que nous sommes dans un processus de maîtrise médicalisée, le dernier élément de cadrage indique que des objectifs quantifiés seront définis au niveau de chaque territoire : une quantification sera faite au vu des besoins qui ont été recensés, l'important étant d'avoir un bon diagnostic.

Il est utile d'évoquer le cadre législatif et réglementaire, pour prendre conscience de la complexité du contexte dans lequel nous évoluons. En ce qui concerne le SROS, on trouve l'ordonnance du 4 septembre 2003, dite « de simplification », qui modifie les règles de la planification sanitaire selon les principes cités précédemment : globalité, territorialisation, concertation.

Nous trouvons ensuite deux circulaires, un arrêté du ministre qui a fixé la liste des thématiques obligatoires, et, ce qui est tout à fait nouveau, une lettre d'instructions adressée par la DHOS, le Ministère et la CNAM, invitant les Agences Régionales de l'Hospitalisation et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) à élaborer un diagnostic partagé devant couvrir le champ hospitalier et ambulatoire, afin de construire le SROS.

Nous constatons donc un souci majeur d'articulation entre le champ ambulatoire et le champ hospitalier. Nous attendons encore quelques textes sur lesquels je passe.

Il me paraît beaucoup plus important de signaler que, quelques mois après la sortie des textes, concernant l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire, 3 grandes lois sont sorties au cours de l'été ; ces lois nous limitent,

complicent parfois notre action, et nous allons devoir les gérer avec beaucoup de doigté.

La première loi est la loi relative à la politique de santé publique. 5 programmes nationaux y sont affichés et 104 objectifs définis, qui constituent avant tout les bases d'un tableau de bord. Le point important concernant cette loi est qu'elle confie au Préfet de région le pilotage d'une politique de santé publique à l'échelle de chaque région. Parallèlement, elle confie aux directeurs des agences régionales d'hospitalisation (ARH) qui n'ont pas de relations hiérarchiques, donc à un groupement d'intérêt public qui réunit l'Etat et l'assurance maladie, la charge d'organiser les soins hospitaliers, en bonne articulation avec le champ ambulatoire. Nous constatons donc que sur le champ bucco-dentaire, où la prévention a une importance capitale, nous butons sur une première difficulté.

La seconde loi est celle du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie. Elle concerne l'ensemble du programme médicalisé. Ce point est plutôt positif pour nous, car cette loi sur l'assurance maladie prévoit que l'articulation entre les URCAM et les ARH va prendre une forme bien définie : il s'agit à court terme des missions régionales de santé traitant de champs particuliers tels que l'installation des professionnels de santé, l'identification des zones déficitaires, l'organisation de la permanence des soins et la promotion des réseaux.

Sur toute la coordination ville/hôpital, le directeur de l'URCAM et le directeur de l'ARH travaillent ensemble, à tel point qu'un directeur de la mission régionale de santé sera nommé entre les deux avec une direction tournante chaque année. Ce ne sera pas très commode, mais si nous nous entendons bien, cela fonctionnera. Ce point est donc plutôt positif.

La troisième loi promulguée est la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales. Cette loi a une incidence immédiate sur l'élaboration du SROS et le fonctionnement de l'ARH : deux conseillers régionaux auront vocation à siéger au sein de l'instance délibérante de l'ARH, qui n'était jusque-là composée que de responsables administratifs de l'assurance maladie et de l'Etat. Deux élus régionaux siégeront donc, certes avec une voix consultative, mais au quotidien.

Presque toutes les décisions sont prises à l'unanimité (c'est avant tout un travail collégial), ces élus auront donc leur mot à dire. Le deuxième point qu'il faut souligner est que cette loi confirme le rôle des départements, notamment

dans la prise en charge des personnes âgées. Or la filière gériatrique constitue, pour nous, compte tenu du vieillissement de la population, une structuration et une organisation des soins qui a une grande importance.

Que recouvre le SROS ?

Il s'agit d'une prise en charge globale : y sont intégrés, et sur ce point, l'ordonnance est claire, les soins préventifs, curatifs et palliatifs. Nous étions prêts à aller très loin sur les soins préventifs, mais maintenant que la loi de santé publique est sortie, l'ARH n'a pas vocation à développer dans son SROS une politique de prévention avant même que ne sorte le Plan Régional de Santé Publique (PRSP), qui doit être élaboré sous l'égide du préfet.

En Bretagne, nous nous sommes mis d'accord avec le préfet de région pour partager clairement les champs, c'est-à-dire que lorsque le préfet de région prend en compte une priorité dans son plan régional de santé publique, le SROS ne la traite pas, et renvoie simplement, sur la partie prévention, au plan régional de santé publique ; a contrario, si nous prenons l'exemple de l'insuffisance rénale chronique (même si cet exemple n'est pas très parlant pour les chirurgiens dentistes que vous êtes), il existe des mesures de dépistage et de prévention qui sont simples à mettre en œuvre ; le préfet ne les traitera pas nécessairement, elles seront traitées par le directeur de l'ARH dans le schéma régional d'organisation sanitaire.

Nous constatons donc bien que, pour la population, pour les professionnels de santé et, a fortiori, pour les élus, nous sommes dans un dispositif qui se révèle particulièrement peu lisible. Il doit normalement y avoir une continuité de prise en charge entre la prévention et les soins, et ce, ainsi que l'indiquait l'ordonnance, jusqu'aux soins palliatifs.

Le second point important est que le SROS a l'ambition de répondre aux besoins de la santé physique, mais aussi de la santé mentale. On ne distingue plus les deux, et cela est heureux, notamment pour la prise en compte de la santé mentale dans notre pays.

Enfin, cette approche globale promeut un décroisement, c'est-à-dire qu'une articulation est recherchée avec la médecine de ville et le secteur médico-social, tout en n'ayant pas vocation à définir des dispositions opposables dans le schéma régional, qui s'appliqueraient au champ ambulatoire. Nous sommes toujours là dans des jeux très subtils, puisqu'il n'y a pas qu'une seule autorité : le directeur d'ARH n'a autorité, ni sur le champ ambulatoire, ni sur le champ

médico-social. Il ne peut, en concertation avec les acteurs sur le terrain, formuler que des recommandations qui auront été partagées. Mais ce point demeure néanmoins très positif.

En ce qui concerne les thématiques obligatoires du SROS, j'indiquerai volontairement ce qui pourrait concerner les soins dentaires, car il y a quand même des ramifications à organiser.

Nous allons retrouver, en premier lieu, dans les thématiques obligatoires, toutes les grandes activités : la médecine, la chirurgie, les soins de suite et de réadaptation (que nous appelions antérieurement convalescence), la réanimation, l'imagerie médicale et les techniques interventionnelles, les urgences et la permanence des soins ; sujet intéressant pour les soins dentaires : il y a sur ce point quelque chose à organiser, ce qui n'a jamais été fait jusqu'à présent. Aujourd'hui, mieux vaut ne pas avoir une rage de dent un week-end, car il y a peu de solutions, à part les urgences à l'hôpital.

Nous retrouvons ensuite les grandes priorités de santé : la santé mentale, et sur ce point, la prise en compte des soins dentaires de malades mentaux est compliquée et demande une réflexion particulière. Nous devons prendre en compte cette préoccupation.

Les autres grandes priorités de santé sont le cancer, l'insuffisance rénale chronique, les soins palliatifs, les patients cérébrolésés et traumatisés médullaires. On peut penser à la vue de ce dernier groupe que c'est un comble : une micro-filière de soins est prise en compte comme thématique obligatoire, alors que l'odontologie ne l'est pas. Ce sont des choix et, sans doute, une association bien organisée a su convaincre le ministre de la nécessité de créer une filière pour les patients cérébrolésés et traumatisés médullaires. Ceci est d'ailleurs fondé, car leur prise en charge pose problème.

Nous trouvons également des approches populationnelles : la périnatalité et les personnes âgées, et là aussi, nous savons très bien que, dans un certain nombre de structures médico-sociales, des personnes âgées sont handicapées à cause d'un état bucco-dentaire déplorable ; certaines ne peuvent même plus mastiquer et en sont réduites à un mode de vie qui n'est pas de nature à respecter la dignité de la personne.

Nous trouvons ensuite les enfants et adolescents, qui sont davantage du ressort de la prévention. En termes de soins, le problème se pose peut-être un peu moins, encore que je pourrais être contredite, le débat est ouvert. L'une

des thématiques obligatoires concerne la prise en charge et le développement de l'hospitalisation à domicile.

Enfin, en Bretagne, au-delà des 16 thématiques obligatoires affichées dans l'arrêté ministériel, nous avons choisi de traiter les pathologies cardio-vasculaires, car nous sommes confrontés à une surmortalité importante. Nous avons décliné ces pathologies en cardio-vasculaires, neuro-vasculaires et insuffisance rénale chronique, qui représentent le risque vasculaire dans son ensemble.

Concernant la méthodologie adoptée, les instances travaillent un peu comme le fait un département, de la façon la plus participative possible. La structure d'élaboration du SROS est centrée autour d'un comité de pilotage et d'orientation, qui associe non seulement des professionnels de santé, mais également des élus et des organisations syndicales qui représentent les personnels des établissements de santé.

Pour chaque thématique obligatoire a été mis en place un comité technique régional, qui associe exclusivement des professionnels et des représentants des usagers. Des groupes de réflexion ad hoc existent et, sur le champ territorial, une conférence sanitaire a été créée. Nous avons identifié 8 territoires de santé sur la Bretagne, qui varient d'une population de 150 000 habitants pour la Bretagne centrale, un peu désertifiée, à 700 000 habitants pour Rennes et sa région. Les conférences sanitaires sont des lieux d'élaboration de la politique.

Les comités techniques régionaux associent des professionnels du secteur et des représentants des usagers. Un certain nombre de ces comités existaient, sur les soins de suite, la réanimation ou la périnatalité. Ceux qui concernent des thématiques un peu nouvelles sont en cours de création, notamment celui portant sur la prise en charge des enfants et adolescents.

Au-delà des pédiatres, je n'exclus pas que dans ce comité, nous fassions appel à des chirurgiens dentistes qui puissent donner leur avis afin que nous essayions d'avoir une vision globale de la prise en charge des enfants et des adolescents.

Autre innovation en Bretagne : le comité technique « urgence, permanence de soins », qui n'est pas exclusivement piloté par l'ARH, mais qui est piloté en commun par l'ARH et par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, dans un souci de décroisement et de prise en compte du champ ambulatoire.

Les groupes de réflexion ad hoc sont au nombre de deux, dont l'un sur la territorialisation, car nous avons beaucoup réfléchi à la notion de territoires pertinents. La Bretagne n'a rien à voir avec la région parisienne : les territoires sont fortement identifiés, c'est en effet la seule région qui soit couverte par des « pays » au sens de la loi sur l'aménagement du territoire. Il est donc relativement simple d'identifier les territoires.

D'ailleurs, à notre grande surprise mais aussi à notre grande satisfaction, tant le groupe d'experts que l'ensemble des personnes qui se sont concertées sur le sujet, ont considéré que les secteurs sanitaires que nous avons identifiés en 1994, basés sur une approche populationnelle INSEE, devaient être respectés, et qu'il n'y avait pas lieu d'en modifier le découpage. Un autre groupe a été mis en place, qui commence à travailler sur l'évaluation. En effet dès qu'on affiche une politique, le champ de l'évaluation est souvent laissé pour compte, ce qui est bien dommage.

Les conférences sanitaires ont, pour leur part, deux rôles importants : faire le bilan du SROS précédent, ce qui est achevé, et préparer le projet médical sur leur territoire, à partir de 5 ou 6 groupes de travail qui sont constitués en leur sein, mais sans la présence de l'ARH ; ce sont les acteurs locaux, professionnels de santé hospitaliers et libéraux, qui se réunissent pour avancer.

Le calendrier permet d'avoir un balayage de la démarche, assez complexe et assez lourde. Le lancement a eu lieu en février et mars, avec des séances d'information. Des travaux préparatoires ont couru de février jusqu'à juin, avec un bilan des réalisations, un bilan de la recomposition des opérations de restructuration hospitalière, un bilan sur les réseaux et un bilan qualitatif accompagné d'une enquête sociologique auprès des acteurs qui n'avaient pas l'habitude de travailler en direct avec l'ARH.

Nous nous sommes ainsi aperçus que notre travail était encore mal perçu, mal connu, et par conséquent, mal compris. Nous avons donc un gros travail de concertation à faire. Au cours de cette période, nous avons également établi un rapport sur la territorialisation. Nous poursuivons jusqu'en décembre des travaux portant sur le diagnostic partagé entre ARH et URCAM, parce que l'Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie est moins organisée que nous sur ce champ et que les données du champ ambulatoire nous font défaut.

Les orientations stratégiques ont été validées au cours d'assises régionales réunissant 400 personnes : professionnels de santé, élus, usagers,

organisations syndicales. Ces assises ont permis de donner un feu vert à la phase suivante, celle de l'élaboration. Cette élaboration va être interactive entre le niveau régional qui va déterminer, au sein des comités techniques régionaux, les grands principes d'organisation et les recommandations des professionnels, et le niveau territorial, au sein des conférences sanitaires, qui va décliner ces orientations par thématique, sur le terrain, pour y avoir une approche cohérente. Ces différents volets seront normalement finalisés le 30 mars 2005, et nous nous engagerons ensuite sur les consultations réglementaires et non réglementaires.

Pour faire un point rapide sur la concertation que nous organisons, je souligne que nous avons d'abord créé un comité régional des usagers, qui réunit des associations généralistes : associations de consommateurs, unions familiales et associations qui défendent les intérêts de différents malades. Il n'y a pas d'association particulière sur les soins dentaires, mais a priori les associations familiales ou les associations de consommateurs sont concernées par ces préoccupations.

Le grand temps de la concertation est celui des assises régionales. Maintenant que nous avons réuni l'ensemble des acteurs à l'échelon régional, nous allons aller au contact, sur chacun des 21 pays bretons, pour discuter avec les acteurs locaux de leurs attentes sur le champ de la santé. Nous n'y allons pas en ordre dispersé, mais avec l'ARH, l'Etat pour la partie santé publique et l'URCAM pour la partie ambulatoire. Nous souhaitons en effet avoir une approche globale des pays. Les consultations réglementaires et le travail des commissions sanitaires présentent moins d'intérêt.

Caractéristiques et orientations stratégiques du SROS III en Bretagne

Avant d'aborder les orientations stratégiques aujourd'hui au nombre de 3, il convient de rappeler les éléments du contexte. Il faut revenir aux comportements des usagers du système de santé. Les droits des malades, affichés dans la loi du 4 mars 2002, sont légitimes, mais en même temps, nous constatons tous une tendance au consumérisme et au nomadisme. Les professionnels de santé aspirent aux mêmes droits que les autres citoyens, en particulier à la RTT qui amplifie les problèmes de démographie médicale et paramédicale.

Soulignons également les problèmes de mise en jeu de la responsabilité médico-légale, qui deviennent un frein à l'exercice de certaines compétences. Ce n'est pas encore le cas sur les soins dentaires.

Un autre élément du contexte concerne l'évolution des techniques : celles-ci sont de moins en moins invasives, et autorisent une prise en charge de plus en plus ambulatoire. Par conséquent, nous devrions logiquement casser l'hospitalo-centrisme pour au contraire faire en sorte d'aller au plus proche de la population, sauf pour des prises en charge aiguës.

Il faut enfin rappeler la nécessité d'une optimisation des moyens, ce qui nous renvoie au contexte de redressement des comptes de l'assurance maladie et au programme qu'on nous demande de mettre en œuvre dans le cadre des ARH.

Pour le SROS III il s'agit tout d'abord d'une continuité par rapport au SROS II, avec un approfondissement de la démarche, que nous voulons participative, territoriale et très pragmatique. L'innovation majeure, et très importante de ce SROS, réside dans la volonté d'une articulation entre champ ambulatoire et champ hospitalier, entre champ sanitaire et champ médico-social. Les 3 principes fondamentaux sont réaffirmés : égalité d'accès aux soins, qualité des soins et continuité des soins.

Il y a également une promotion du principe de subsidiarité, c'est-à-dire faire ce que nous pouvons faire à proximité, mais renoncer à organiser une graduation des soins dès lors que la qualité ne peut plus être assurée à proximité. Une évolution des mentalités a eu lieu, et ce message passe mieux aujourd'hui.

Sur certains sites, nous pouvons sans difficulté faire une analyse bénéfice / risque concernant certaines activités, pour déterminer s'il faut absolument maintenir de la chirurgie, dès lors qu'aucun chirurgien n'est plus présent en permanence, que les chirurgiens circulent tout le temps et que la qualité n'est plus au rendez-vous.

Notre première orientation stratégique concerne une exigence de qualité. Elle passe évidemment par les bonnes pratiques professionnelles, c'est-à-dire le respect des normes, mais surtout, la formation continue, et c'est important. La sanction, c'est bien, l'incitation, c'est mieux, et nous devons nous attacher à promouvoir une meilleure utilisation du médicament en France.

Nous menons deux politiques transversales sur le champ de la qualité : la lutte contre la douleur et la lutte contre les infections nosocomiales. Cette orientation concerne le développement des systèmes d'information partagés entre la ville et l'hôpital (le fameux dossier médical personnel), et le souci

d'accompagnement global du patient. Il ne faut pas seulement apporter des soins techniques, mais parfois aussi de l'accompagnement humain, voire social.

La deuxième orientation porte sur la graduation des soins dans les différents territoires de santé, qui consiste à conjuguer la qualité et l'accessibilité des prises en charge, et accepter le principe de subsidiarité et de complémentarité entre les acteurs, afin d'éviter les doublons. Cette graduation des soins sera déclinée à travers le projet médical de territoire ; nous souhaitons que les établissements de santé s'engagent avec les professionnels libéraux dans un dispositif de prévention, sachent identifier leur niveau de soins, sachent développer des coopérations entre eux et sachent diversifier les modes de prise en charge, compte tenu de l'évolution des techniques et de la possibilité de développer le champ ambulatoire.

La troisième orientation est l'articulation avec le secteur ambulatoire et le secteur social, ce qui passe avant toute chose par un travail en réseau. Il y a deux grands types de réseaux : les réseaux de proximité, qui ont en charge les soins palliatifs et la gériatrie, cette liste n'étant pas limitative, et les réseaux organisés par grand type de pathologie. Les soins bucco-dentaires ne relèvent pas de réseaux par grands types de pathologie, cela n'aurait pas beaucoup d'intérêt. L'orientation vise, sur ce champ, à renforcer les articulations, à tous les stades de la prise en charge du patient : en amont de l'hospitalisation, c'est l'urgence et la permanence de soins et le renforcement de la place des hôpitaux locaux.

En Seine-Saint-Denis, cela ne présente pas beaucoup d'intérêt, mais je vous assure que cela en a en zone rurale. Pendant l'hospitalisation, l'accent est mis sur le partage de l'information, sur le développement de l'HAD. En aval de l'hospitalisation, sur les soins infirmiers et l'hébergement temporaire. Ces réponses sont à chaque fois graduées, et permettent au patient d'être pris en charge dans un continuum. Avant toute chose, nous soignons la personne, pas le malade.

Les garanties apportées passent par la concertation : les COTER, le comité de pilotage, le comité régional des usagers auquel je crois beaucoup. Au niveau de chaque territoire de santé, c'est notre volonté d'ouvrir les conférences sanitaires aux élus, et notamment aux représentants des pays, pour qu'ils aient leur mot à dire, et que soit créée une articulation entre les projets de santé publique qu'ils vont développer dans le cadre du projet piloté par le préfet et que nous prenions ces projets en compte dans le cadre de l'organisation des soins. La deuxième garantie apportée est la coopération par le biais de

nouveaux outils : le projet médical de territoire, les supports de coopération via les réseaux et la structuration des portails internet de communication au niveau régional, et les groupements de coopération sanitaire. Le contrat d'objectifs et de moyens constitue également un outil. Il sera signé avec chaque établissement de santé, dans une version nouvelle qui reste à définir. La troisième garantie est l'évaluation.

Quelle place pour l'odontologie dans la démarche proposée ?

Incontestablement l'odontologie, les soins dentaires et la prévention bucco-dentaire constituent des impératifs de santé publique. Il y a peut-être des limites au champ de la prévention, mais dans le champ des soins, nous constatons de réelles difficultés d'accès aux soins pour certaines catégories d'usagers : les handicapés, les personnes atteintes de maladies chroniques (à la fois sur le plan somatique et sur celui de la santé mentale), les personnes âgées, notamment dans les structures médico-sociales, ainsi que toutes les personnes qui se trouvent en situation de précarité économique et sociale et qui passent souvent à côté du dispositif de soins.

La deuxième préoccupation est que la continuité et la permanence des soins ne sont pas particulièrement bien organisées en ce qui concerne l'odontologie et les soins bucco-dentaires. Pour autant, la définition d'un volet obligatoire dans le SROS était-elle indispensable ? Ce volet est-il vraiment justifié ? Personnellement, je ne le pense pas, et je vais expliquer pourquoi.

Il y a 3 enjeux à prendre en compte, qui sont d'améliorer l'accès aux soins d'une certaine partie de la population, de mieux organiser la permanence des soins, et surtout, de former les praticiens que vous êtes aux enjeux de la santé publique.

Sur ce troisième enjeu, le SROS n'a aucune possibilité de développer quoi que ce soit, si ce n'est au stade des recommandations, puisque la formation des professionnels est de la responsabilité de l'Etat et se trouve partagée entre le ministère de la santé et celui de l'éducation nationale.

Récemment, et par le biais de la loi sur les responsabilités locales, les régions ont obtenu un rôle de formation des professionnels, notamment paramédicaux. Vous voyez donc que l'ARH ne peut y jouer aucun rôle, et les SROS non plus.

Les enjeux étant identifiés, quelles sont les réponses possibles ? Dans le cadre du SROS, on pourrait notamment formuler des recommandations

spécifiques sur l'odontologie et les soins bucco-dentaires, sur l'articulation ville/hôpital, pour les thématiques touchant l'urgence et la permanence des soins, la prise en charge des personnes âgées, les traumatisés crâniens et les blessés médullaires. Mais la vraie réponse, a priori, est que nous avons intérêt à promouvoir l'odontologie, dans le cadre des missions régionales de santé, l'organisation de réseaux ville / hôpital, à l'échelon régional pour certaines pathologies (par exemple, pour les handicapés physiques ou les malades mentaux qui nécessitent une organisation particulière des soins) ; mais cette organisation régionale sera insuffisante pour répondre aux besoins de prise en charge des personnes âgées.

Pour les personnes âgées, c'est dans le cadre des réseaux gériatriques qu'il faudrait inclure une prise en compte des besoins de santé bucco-dentaire. Il s'agit là de l'outil essentiel de promotion d'une politique un peu audacieuse, à la fois de prévention et de soins bucco-dentaires en France.

En conclusion, les SROS traduisent l'ambition de passer d'une planification descendante (avec des quotas, des indicateurs par rapport à une population) à, au contraire, une régulation qui soit fondée sur une très bonne approche des besoins, en concertation avec l'ensemble des acteurs locaux, professionnels de santé et collectivités qui participent à l'élaboration de ce SROS.

Pour l'avenir, nous devons tenir compte de 3 enjeux. Nous ne progresserons sur le système de santé en France que si nous progressons sur le champ de la prévention. Nous ne progresserons également que si la ligne de soins est étendue aux soins primaires, c'est-à-dire au champ ambulatoire.

Nous avons quand même vécu depuis 1958 un important hiatus entre le champ hospitalier et le champ ambulatoire, qui est celui de la médecine de ville. Il faut recréer un lien, et c'est toute l'ambition des missions régionales de santé, et peut-être, des expérimentations d'agences régionales de santé.

Enfin, si nous voulons assurer une réelle égalité d'accès aux soins, nous devons mettre en place une régulation, y compris financière, à l'échelon de chaque région : nous ne pourrions pas laisser des régions s'appauvrir toujours plus et des régions, sans doute mieux placées, sans doute plus attractives, bénéficier de toujours plus de ressources médicales et paramédicales pour une population stagnante, voire décroissante.

DEMOGRAPHIE DE L'ODONTOLOGIE HOSPITALIERE ET PRIVEE

Dr Marysette FOLLIGUET

Chef du Service hospitalo-universitaire d'Odontologie - Hôpital Louis Mourier - Colombes 92

Nous pouvons nous poser la question de savoir si l'offre de soins est adaptée à la demande, et surtout, quelle sera son évolution dans l'avenir. La densité professionnelle des praticiens est, bien entendu, l'un des éléments de la réponse aux besoins de soins.

De nombreuses études sont actuellement menées sur la démographie des professions de santé. Toutes professions confondues, nous pouvons dire que cette démographie est globalement assez élevée, mais que des contrastes géographiques importants existent. Lorsque nous étudions les projections statistiques des années à venir, plusieurs interrogations persistent sur les solutions à apporter pour répondre aux besoins de soins. Il faut cependant remarquer que les sources de données sur ce sujet sont multiples, et pas toujours concordantes.

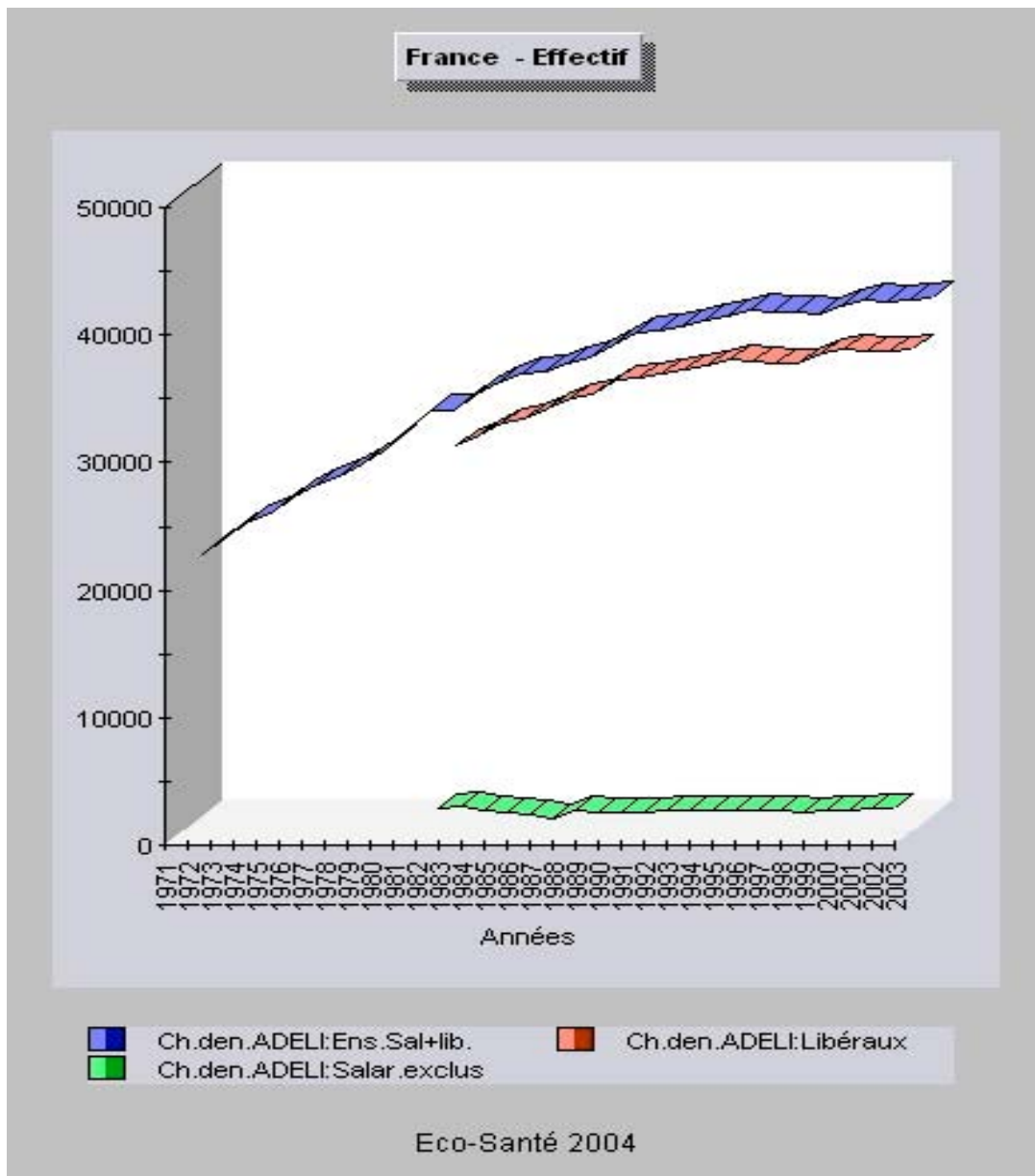
La loi du 4 mars 2004 a permis la mise en place d'un observatoire de la démographie des professionnels de santé, qui associe des membres des professions de santé et des organismes institutionnels (DREES, DHOS, DGS, CNAM). Sa mission est de tirer les enseignements, après avoir fait un état des lieux de la démographie des professionnels de santé.

Cet observatoire de la démographie répartit les régions en zones sous-dotées, disposant d'une faible densité médicale et d'une faible consommation de soins, en zones fragilisées, susceptibles de devenir sous-dotées dans l'avenir, et en zones normalement dotées.

Des rapports régionaux devront être établis. L'observatoire étant en place depuis très peu de temps, il est prévu d'analyser dans un premier temps les soins de proximité et de premier recours, ainsi que certaines professions de santé : omnipraticiens, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens. Rien n'est encore prévu pour les chirurgiens dentistes, mais l'on peut penser que l'observatoire s'y intéressera relativement rapidement, car nous appartenons au groupe des professionnels susceptibles de donner des soins de premiers recours.

Plusieurs rapports ont été récemment publiés sur l'évolution de l'odontologie, publique ou privée, et en particulier sur la démographie. Le rapport BERLAND

(2002) nous fournit également quelques données. Le nombre de chirurgiens dentistes se situe entre 40 000 et 42 000, ce qui correspond à une densité moyenne nationale de 68 à 71 praticiens pour 100 000 habitants, mais cette densité est très variable selon les régions.

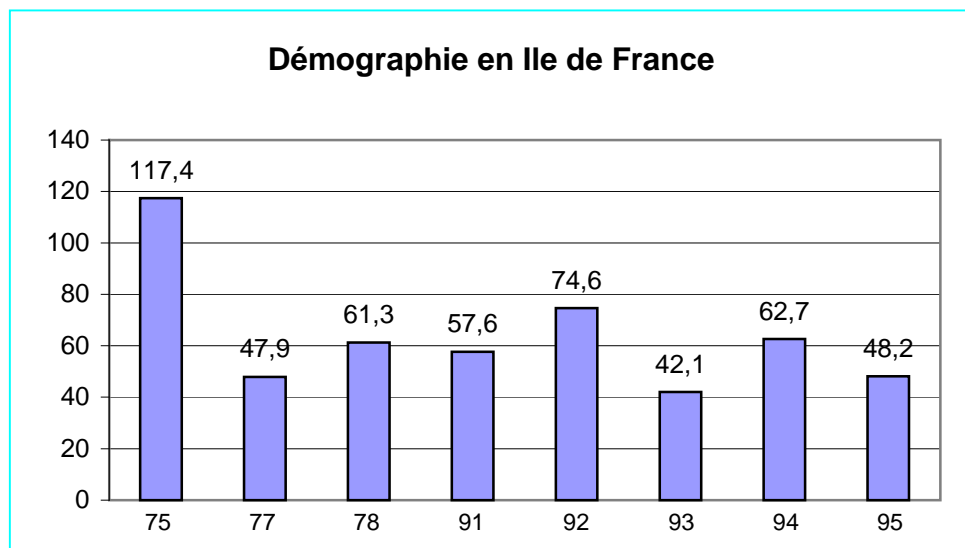


Alors que la densité moyenne nationale est de 1 praticien pour 1 435 habitants, on constate qu'elle est de 1 pour 960 en région PACA, situant la région à la 1^{ère} place au niveau régional. L'Ile-de-France occupe la 3^{ème} place au niveau régional et Paris la 1^{ère} sur le plan départemental avec 1 praticien pour 639 habitants. Les disparités sont donc très fortes.

On peut cependant noter que la densité moyenne nationale se rapproche de la densité européenne. Si l'on classe les pays européens en 3 groupes : densité > à 90 pour 100 000, densité entre 60 et 75, densité < à 50, on retrouve dans le premier groupe la Suède et la Finlande, dans le deuxième la Belgique et l'Allemagne, également le Japon et les États-Unis et dans le dernier groupe la Suisse, l'Autriche et le Royaume-Uni.

La répartition est relativement homogène sur le plan régional, hormis un déséquilibre entre le nord, le sud et l'Ile-de-France. En Haute-Normandie, il y a 41 praticiens pour 100 000 habitants et en Picardie 42, alors qu'il y en a 84 en Corse et 93 sur la Côte d'Azur.

Concernant la répartition départementale il n'y pas de disparité majeure sauf pour l'Ile-de-France. On constate que certains départements de la couronne sont tout à fait défavorisés par rapport à Paris.



Taux de chirurgiens dentistes pour 100 000 habitants

Il y a assez peu de praticiens européens formés hors de France (331) qui exercent en France. Nous trouvons des praticiens diplômés à l'étranger, et qui exercent en France sous réserve d'une autorisation d'exercice, en nombre limité également (310). En moyenne 22 autorisations sont délivrées par an ce qui correspond à 22 % des demandes d'autorisation. Par contre, environ 40 praticiens partent chaque année s'installer hors de France, grâce à la directive qui leur permet d'exercer en Europe.

Outre les chirurgiens dentistes, nous avons des stomatologistes, dont le nombre diminue régulièrement de 2 % par an depuis de nombreuses années. Ils sont 1 434 ce qui représente une densité de 2,3 pour 100 000 habitants. Leur

nombre est 2 fois plus élevé en Ile-de-France que sur le reste du territoire.

Une autre particularité concerne les spécialistes en ODF, qui sont, soit des praticiens qui ont obtenu la qualification en orthodontie, soit ceux qui suivent l'enseignement du CECSMO. Leur effectif évolue rapidement, l'accroissement étant de 36 % en 7 ans, car il y a de plus en plus de candidats.

Nous constatons également une féminisation très importante de cette spécialité avec 55,3 % de femmes.

L'exercice professionnel est essentiellement libéral, à 93 %, avec majoritairement un exercice individuel ; 50 % des praticiens exercent sans assistante.

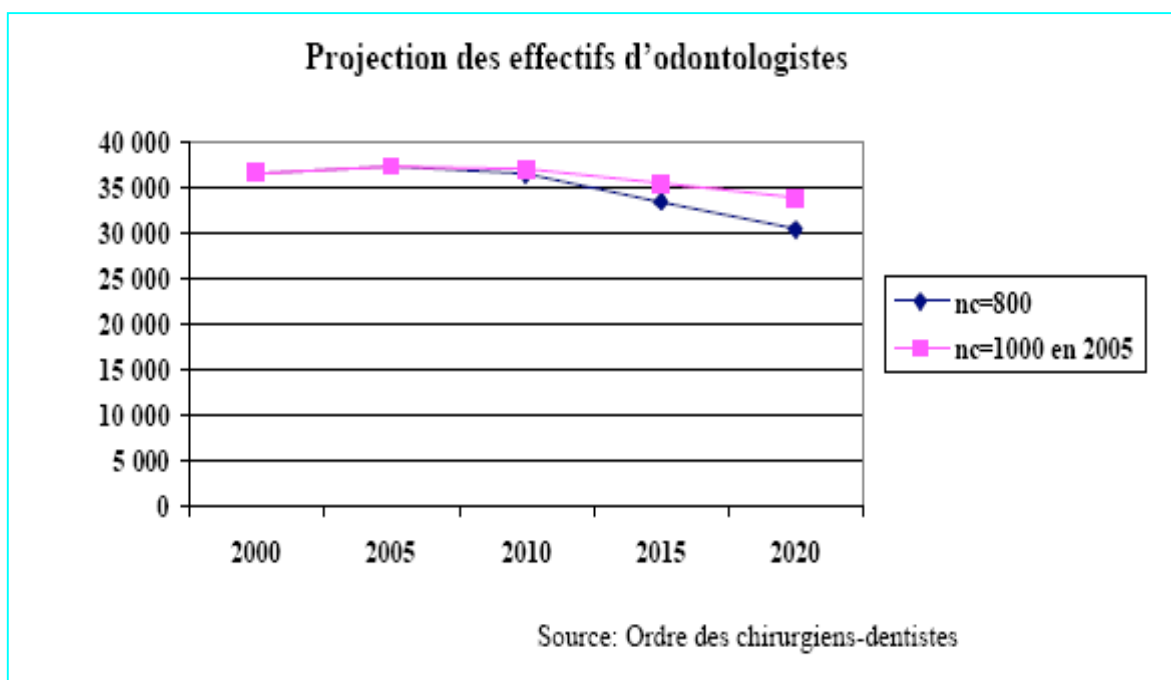
Il est intéressant de noter qu'en Europe, le cursus universitaire dure en moyenne 4 ans, avec des spécialisations longues, mais surtout qu'il existe, dans de nombreux pays d'Europe, des métiers d'infirmières, et ce point pourrait faire l'objet d'une discussion portant sur la délégation des tâches.

Le numerus clausus a été divisé par 2 en 20 ans. Cette réduction s'est faite progressivement, mais nous avons aujourd'hui atteint un niveau qui ne permet plus de compenser les départs en retraite.

Nous savons également que toute politique de sélection n'atteint son plein effet que 8 à 10 ans plus tard ; nous imaginons donc qu'il serait temps de revenir à une réflexion sur le numerus clausus.

Il y a eu une croissance continue de la démographie des praticiens pendant 30 ans. Elle est actuellement stabilisée, mais une décroissance est attendue à moyen terme puisqu'en 2020, par exemple, 1 410 praticiens auront 65 ans et seront donc susceptibles de partir en retraite. Le numerus clausus n'est pas en rapport avec les départs en retraite.

La projection donnée par le Conseil de l'Ordre montre qu'avec un numerus clausus à 800, l'effectif sera considérablement réduit en 2020 puisqu'il ne sera plus que de 30 000 chirurgiens dentistes, alors qu'un numerus clausus à 1 000 permettrait de maintenir environ 35 000 praticiens. L'une des propositions des rapports est de proposer 50 places supplémentaires par an pour atteindre un numerus clausus à 1 000 en 2007.

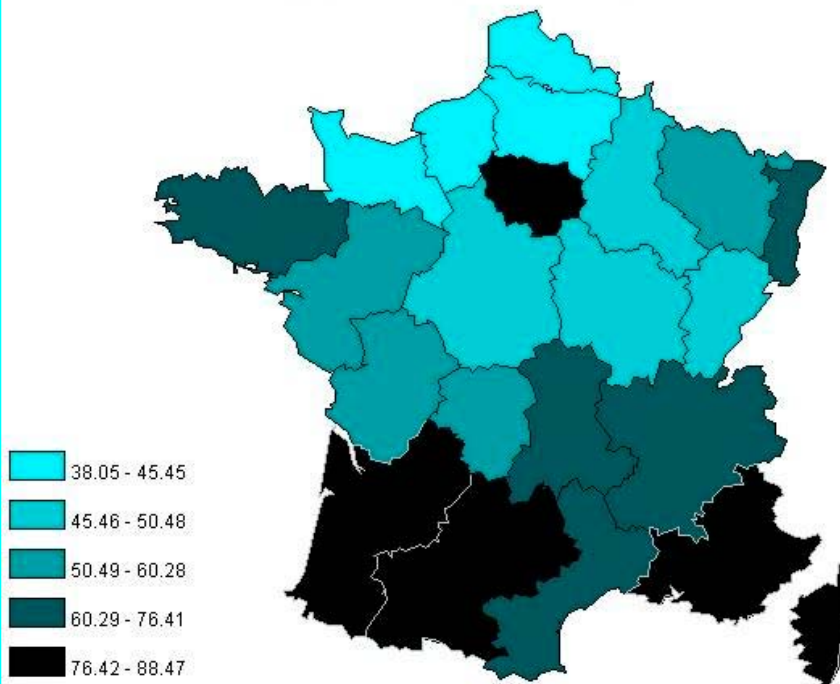


Concernant la répartition sur le plan géographique, que ce soit au niveau des départements ou des régions, les sources de données sont très variables. Si l'on regarde les effectifs de praticiens, les salariés constituent une proportion infime.

Sur le plan géographique, la densité de praticiens libéraux est plus importante dans le sud et en Ile-de-France, alors que les salariés sont présents en Ile-de-France, mais également dans l'est et le sud-est.

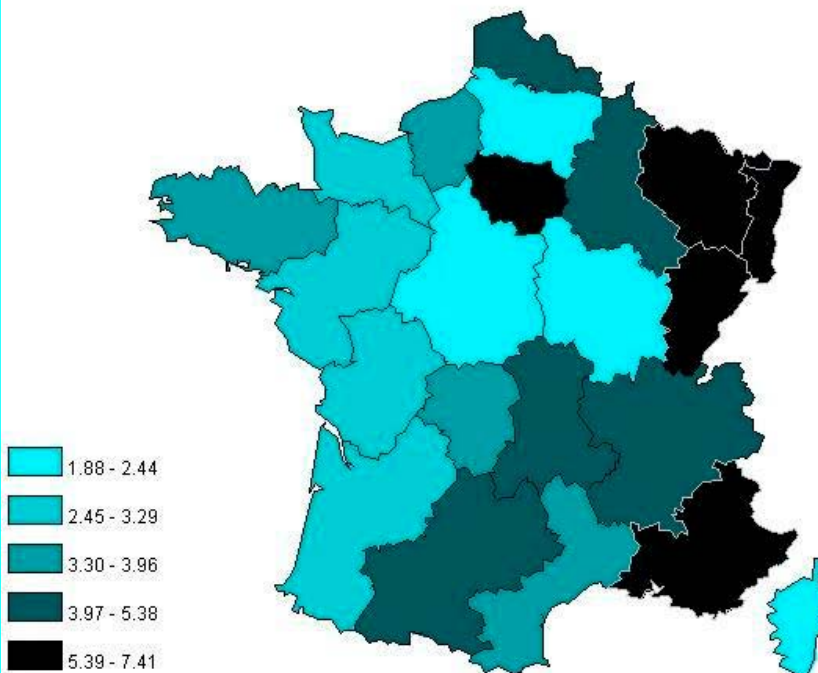
La classification de densité des praticiens selon les régions, d'après le répertoire ADELI, montre que c'est dans l'ouest et le centre de la France que la densité est la plus faible : 50 praticiens pour 100 000 habitants dans le Centre, 40 en Bourgogne et dans le nord, ces chiffres étant plus élevés dans le sud et en Corse. Le relevé SNIR donne des chiffres comparables.

Densité des chirurgiens-dentistes libéraux en 2000 (effectifs pour 100 000 habitants)
Source : répertoire ADELI de la Drees



Copyright Eco-Santé Régions & Départements 2004

Densité des chirurgiens-dentistes salariés en 2000 (effectifs pour 100 000 habitants)
Source : répertoire ADELI de la Drees



Copyright Eco-Santé Régions & Départements 2004

Si l'on observe la densité en fonction de la population, nous constatons que les données en Ile-de-France sont supérieures à la moyenne nationale. Le nombre de praticiens est également important en Alsace ; la région Rhône-Alpes se situe dans la moyenne nationale ainsi que la Bretagne. Par contre, le Nord-Pas-de-Calais comme la Haute-Normandie doit faire face à une insuffisance de praticiens. La Corse est bien pourvue.

L'odontologie hospitalière a bénéficié de la réforme hospitalière. La création de l'Internat en odontologie a permis de structurer l'odontologie hospitalière. Les Agences Régionales d'Hospitalisation sont à l'origine des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) dont le but est de prévoir et susciter l'évolution de l'offre de soins. L'objectif est d'optimiser la répartition de l'offre de soins, ce qui correspond parfaitement aux objectifs que se donne l'odontologie hospitalière.

Les deux premiers schémas ont mis en place les principes fondamentaux des réseaux de soins et de structurer cette dynamique. Nous entrons maintenant dans le SROS de troisième génération où l'on ne retrouve pas l'odontologie dans les thématiques obligatoires, même si elle a sa place, de façon transversale, dans de nombreux projets.

Qu'est-ce que l'odontologie hospitalière en France ? Ce sont des ressources humaines et des structures. Le déséquilibre est très important, puisqu'il y a 40 000 chirurgiens dentistes privés pour seulement 2 000 praticiens dans le public. Il faut un lien fort entre la ville et l'hôpital, et la création d'un réseau constitue certainement une réponse sur ce point. Parmi les personnels, on trouve les 140 praticiens hospitaliers mono-appartenants, les vacataires et les attachés qui effectuent quelques vacations dans les services hospitaliers d'odontologie. Il y a aussi les internes avec un pôle de 30 nouveaux internes par an ; le cursus durant 3 ans, il y a actuellement entre 100 et 110 internes en odontologie. L'effectif des praticiens hospitaliers était inférieur à 1 000 en 2003, parmi lesquels 20 % exercent à temps plein ; c'est donc un effectif relativement faible.

Sur les 33 CHRU de France, seuls 21 disposent d'un service d'odontologie lié à une faculté ; ce qui signifie que certains services hospitaliers régionaux universitaires n'ont même pas de service d'odontologie pour accueillir leurs patients. Les services qui dépendent des facultés doivent assurer 1 million de passages par an, ce qui montre l'importance de l'activité de ces services.

Certains services comprennent aussi des unités fonctionnelles qui reçoivent

également des patients.

Que ferons-nous demain ? Nous avons effectivement des projections en terme de mutations, de conditions d'exercice diversifiées, de modalités d'exercice différentes, avec une véritable alchimie de la profession : vieillissement du corps médical, féminisation des praticiens. Il y a un nombre élevé de contraintes, un vieillissement de la population et un développement du consumérisme médical. Nous allons aboutir à une diminution globale de la densité, avec une augmentation des disparités départementales et déséquilibres géographiques. Le risque d'une pénurie locale existe.

Comment répondre aux besoins de toutes les populations qui nécessitent des soins ? L'une des pistes proposées dans les rapports consiste en une maîtrise régionale de la démographie, en ayant des données quantitatives mais aussi qualitatives de l'offre de soins locale, de l'organisation locale, du contexte économique de la région ou des conditions de transport, pour obtenir véritablement une offre de soins réelle. Les futures agences régionales de santé pourraient constituer des observatoires régionaux permettant d'étudier l'évolution locale. Une autre piste est l'évolution du numerus clausus, déjà évoquée ; pour la rentrée 2004/2005 il est fixé à 930.

Il faut également développer d'autres pistes, telles que la délégation de tâches, l'aide à l'installation des professionnels, les incitations fiscales pour éviter les fermetures de cabinets, le fait de privilégier des installations dans des zones rurales défavorisées, peut-être aussi la création d'unités mobiles, et la constitution de réseaux ville/hôpital, qui paraît essentielle pour permettre la prise en charge globale des patients. Est préconisée également l'éducation sanitaire du patient : c'est en effet le rôle des professionnels d'aller vers les usagers et de les informer, que ce soit à l'école, à la maison ou sur leur lieu de travail.

Le praticien de demain devra s'adapter à l'environnement social et économique de son patient, mais aussi au contexte démographique de la région.

DEBAT

Dr Eric GERARD,

Président du Syndicat National des chirurgiens dentistes des hôpitaux publics

En tant que représentant des praticiens hospitaliers je souhaiterais faire part à Mme PODEUR de notre amertume concernant les SROS. Notre ancien ministre, M. MATTEI, a publié le 14 mars 2004 une lettre de cadrage concernant les futurs SROS, dans laquelle il précisait que l'odontologie allait intégrer les SROS. Comprenez notre amertume : un jour, on nous annonce que nous sommes une profession médicale totalement reconnue, et le lendemain, on nous explique que nous ne pouvons plus rentrer dans les SROS.

Je souhaiterais apporter une autre précision concernant notre discipline : nous participons à la prévention et aux soins dentaires, mais il faut aussi se référer au code de déontologie et au code de la santé. Le code de la santé indique que nous sommes des professionnels qui ont « des compétences pour les maladies congénitales ou acquises, réelles et supposées, de la bouche, des dents, des os, des maxillaires et des tissus environnants ». Nous participons, c'est vrai, à la prise en charge de soins de caries dentaires, mais pas uniquement. Vous parliez par exemple de l'insuffisance rénale chronique. Il faut savoir qu'un patient atteint d'insuffisance rénale chronique et pour lequel une greffe de rein est prévue, va passer dans nos services pour bénéficier d'une préparation bucco-dentaire à cette greffe. Parmi les différents items présentés, il me semble que nombreux sont ceux où l'odontologie apparaît. Je pense que nous devons faire un effort pour faire connaître notre profession, afin que vous puissiez comprendre la place de l'odontologie dans le système de santé public.

Mme Annie PODEUR

Je comprends votre amertume. Nous avons eu l'occasion d'en parler avec le Professeur VULCAIN. On nous avait en effet annoncé une thématique odontologie, et une nouvelle fois, il n'y en a pas. Encore une fois, j'ai essayé en toute honnêteté de vous apporter des réponses, en vous indiquant comment vous pouviez prendre place au sein de la réflexion sur l'organisation des soins dans une région donnée. Sans méconnaître le fait qu'il existe d'autres formes de prises en charge, le mode d'exercice généralisé en odontologie est quand

même un mode ambulatoire, en cabinet et libéral, même s'il est vrai que vous intervenez sur la prise en charge d'un certain nombre d'autres pathologies. Le problème du SROS n'est pas d'organiser par le menu tous les soins ; nous n'entrons pas, notamment, dans l'organisation des soins internes des établissements. Vous serez sollicités comme le sont d'autres intervenants, dont on ne parle pas non plus dans le SROS. Je pense par exemple aux rhumatologues. Nous n'en parlons pas parce que nous ne pouvons pas tout couvrir. Notre rôle est d'identifier, sur une région, des priorités particulières, en dehors du socle qui nous est imposé par arrêté et sur lequel on nous demande d'organiser véritablement la graduation des soins.

Concernant l'odontologie, je suis certaine qu'il y a un problème particulier sur l'organisation de la permanence des soins, qui n'existe à ce jour que dans le champ hospitalier, et encore, quand il existe un service d'odontologie compétent. Sur le vieillissement, il est évident qu'un effort doit être fait, mais la réponse ne sera donnée que via les réseaux ville / hôpital : ce ne sont pas les odontologues hospitaliers, qui interviennent sur des pathologies lourdes, qui se rendront dans les maisons de retraite pour prendre en charge les soins dentaires des personnes âgées.

C'est bien sur un réseau ville / hôpital qu'il faut s'appuyer pour développer cette prise en charge. En revanche, sur certaines prises en charge particulières, que nous avons commencé à identifier en Bretagne, j'ai appris beaucoup dans mes échanges avec le Professeur VULCAIN : je pense aux malades mentaux, pour lesquels des techniques particulières sont nécessaires pour traiter l'angoisse et endormir les patients. Ces techniques particulières doivent être mises en œuvre.

Nous avons été sollicités récemment par des handicapés physiques, qui ne peuvent pas avoir accès à n'importe quel cabinet et qui ont besoin qu'on les prenne en charge sur un établissement donné. Nous pouvons apporter des réponses, car nous disposons par ailleurs de centres de rééducation fonctionnelle dont les équipements sont parfaitement adaptés aux handicapés physiques.

Ces centres pourraient tout à fait devenir des lieux de prise en charge dès lors que, là encore, nous sommes capables d'organiser un réseau ville / hôpital et que des confrères en cabinet acceptent de venir faire un travail libéral, dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire, sur un site hospitalier.

Ceci est mon point de vue personnel, il n'engage pas la conférence dont je ne suis d'ailleurs plus Présidente depuis 8 jours : je m'interroge sur la raison pour laquelle il vous paraît tellement essentiel d'avoir une thématique particulière sur l'odontologie.

En termes de graduation des soins, ce n'est pas là que nous rencontrons des problèmes majeurs. Nous avons d'ailleurs bien vu, dans la présentation du dernier intervenant, que les sites hospitalo-universitaires ont essentiellement un rôle de formation, même s'ils accueillent un nombre de passages tout à fait impressionnant. Il aurait d'ailleurs été intéressant de comparer le nombre de passages, mais l'essentiel des prises en charge se fait dans des cabinets libéraux, en ville. Il n'y a pas lieu de s'en offusquer.

Nous allons beaucoup travailler sur l'articulation ville / hôpital, et vous voyez bien que sur cette articulation, les réponses que nous pouvons apporter sont celles du réseau ville / hôpital. Encore une fois, si le propos est de dire qu'il va falloir généraliser des services d'odontologie dans tous les hôpitaux, je ne suis pas certaine que ce soit la bonne réponse. Car nous risquons alors de retomber dans la tentation que nous avons eue, en France, de l'hospitalo-centrisme. Le principe de la subsidiarité, c'est de faire ce qu'on peut faire en ambulatoire, au plus proche du domicile des patients, et d'apporter des réponses spécifiques à des besoins qui le sont aussi.

Je comprends votre amertume, mais il y a vraiment des réponses. La seule invitation que je puisse vous faire est de vous mettre en contact très rapidement avec chaque directeur d'ARH, pour expliquer, comme vous savez très bien le faire, quelles sont vos activités et comment vous pouvez prendre votre place (sans avoir une thématique particulière, mais de façon transversale) dans la déclinaison et dans l'écriture du SROS.

Dr Brigitte DUBOC,

Stomatologiste, praticien conseil national - MSA, Attachée de consultation - Service de stomatologie pédiatrique - Hôpital St Vincent de Paul -Paris

Je souhaiterais revenir sur ce qu'a dit le Dr GERARD. Je pense que nous ne revendiquons pas une place, mais qu'il y a toute une population de patients que nous ne pouvons pas prendre en charge autrement que dans des structures hospitalières. Pour les handicaps lourds, si vous n'avez pas une approche pluridisciplinaire des patients, et si vous n'avez pas à portée de main des pédiatres, des neurologues, des psychomotriciens, des kinésithérapeutes ou des anesthésistes, vous ne pouvez absolument pas les approcher.

Je pense qu'il faudrait plutôt réfléchir, dans chaque région, à la mise en place de centres ressources qui permettraient au moins d'établir un diagnostic stomatologique ou odontologique de ces patients, pour pouvoir faire le point de tout ce qu'il y a à faire avec les confrères, en disposant de la pluridisciplinarité nécessaire. Et ceci au sein même de la profession : nous avons également besoin d'orthodontistes, d'orthophonistes, etc.

Dans un deuxième temps, nous pourrions réfléchir à la façon d'organiser des réseaux locaux de proximité, pour une prise en charge plus adaptée de ces patients.

Mais je ne crois pas que nous puissions nous passer d'une prise en charge hospitalière initiale de ces malades. Cela me semble impossible ou alors, c'est une vision très simpliste de la prise en charge dentaire de ces malades. Je pense bien sûr aussi aux maxillo-faciaux, avec lesquels nous travaillons la main dans la main. Si nous ne travaillons pas tous ensemble, au moins pour la prise en charge de départ, je pense que nous risquons de reculer ; en tous cas pour une population sur laquelle il est urgent d'intervenir, d'autant que le handicap est l'une des priorités actuelles.

Mme Annie PODEUR

Je pense que je me suis mal fait comprendre : j'ai indiqué en résumé quelles étaient les réponses que nous pouvions apporter.

Quand j'ai parlé de populations particulières (et les populations que vous évoquez sont des populations particulières), j'ai expliqué qu'il pouvait y avoir une réponse au niveau d'un réseau régional, ce qui est, en gros, un centre ressource. Mais il faudra bien qu'après, vous apportiez des réponses ; vous ne pourrez pas tous les prendre en charge dans un centre ressource. Il faudra bien apporter des réponses locales.

Dr Brigitte DUBOC

Il faut qu'il y ait un centre ressource régional, qui puisse assurer les soins lourds, avec des visites annuelles, et ensuite une prise en charge locale pour des soins beaucoup plus simples (hygiène, détartrage, suivi) pour ces patients qui nécessitent un suivi particulier. Mais je pense qu'il faut de toutes façons au départ, une structure hospitalière lourde.

Mme Annie PODEUR

Encore une fois, ce que vous dites renforce ce que j'ai expliqué : prenez contact ! Votre profession étant essentiellement perçue dans le système de santé comme relevant du champ ambulatoire, pour l'instant les ARH ne s'y sont jamais intéressées.

Pr Maryse WOLIKOW,

*Chef de service d'odontologie hospitalo-universitaire - hôpital Charles FOIX - Ivry-sur-Seine
94*

C'est là tout le problème, et cela mériterait d'être discuté au niveau des pouvoirs publics. Ce n'est pas un problème de profession, c'est un problème de santé publique. Nous intervenons en tant que professionnels de santé, en tant qu'acteurs de santé, en tant que citoyens. Même si je partage ce qu'a dit notre collègue, ce n'est pas au nom de l'odontologie que nous voulons nous inscrire dans les SROS, c'est au nom de la santé publique.

Vous nous avez parlé de principes de globalité, de médecine somatique et de médecine psychique ; quand je vous entends parler, j'ai le sentiment que vous avez oublié que la tête faisait partie du corps humain. Je ne m'adresse pas personnellement à vous, Madame, mais nous nous attendions au moins à une intention, à l'intention de voir inscrire ces problèmes de santé bucco-dentaire (et les praticiens acteurs que sont les odontologues et les odontologues hospitaliers) dans ce SROS, dans une démarche incitative.

S'il y a des patients handicapés, il y a aussi des patients qui sont exclus de la médecine, et d'autres encore, qui sont tout simplement des enfants, des petits enfants, qui sont exclus du secteur privé et qui n'y sont pas soignés.

Nous avons parlé de l'action merveilleuse menée par le Département de la Seine-Saint-Denis ou celui du Val-de-Marne en direction des tout-petits enfants, qui concentrent à eux seuls 25 % des maladies carieuses ; ces enfants-là ne sont pas accueillis dans les cabinets dentaires ou très mal accueillis. Il s'agit d'un vrai problème de santé publique, et c'est l'avenir. C'est le SROS IV qui devra s'en occuper et sérieusement, si l'on ne s'en occupe pas maintenant.

Vous vous êtes étonnée, Madame, du nombre de passages qui a été indiqué tout à l'heure ; je pense qu'il faudrait que l'on s'inquiète des absences de passage, c'est-à-dire de tous les exclus. La médecine hospitalière, comme vous le dites, en réseau et en partenariat, doit être au cœur d'un dispositif qui s'adresse à ces populations et qui traite ces problèmes. Cela ne veut pas dire

qu'elle va tout gérer toute seule, mais je pense qu'elle doit être au cœur d'un dispositif qui les prenne en charge.

Mme Annie PODEUR

Je ne peux que souscrire à ces préoccupations de santé publique. Au-delà du discours, vous avez bien vu que ce sont des convictions. Je l'ai dit : il n'y aura pas de politique de santé publique en France si nous ne savons pas développer la prévention. Je vous ai dit aussi qu'il y avait maintenant deux autorités, et que l'ARH n'est pas la seule autorité compétente sur le sujet : il y a maintenant le préfet de région. Je ne sais pas si, dans votre association, vous avez écrit, structuré une possible organisation des soins, dans une région. Il est important que vous preniez contact et que vous arriviez d'emblée avec des propositions, parce que je voudrais vous rappeler que le calendrier et la réflexion sont déjà avancés.

Je bats ma coulpe : moi-même, dans ma région, quand nous avons vu que l'odontologie n'était pas inscrite au SROS, je n'ai pas souhaité compliquer les choses et j'ai reporté l'étude de ce problème. Nous allons au plus simple : comme vous l'avez constaté, nous devons traiter 16 thématiques, donc 16 COTER. En ce moment, je passe mon temps (et d'ailleurs, c'est normal, c'est mon rôle), dans les comités techniques régionaux, avec les professionnels, pour non pas afficher des grands principes, mais au contraire essayer d'avoir une vision très pragmatique de l'organisation des soins que l'on peut mettre en œuvre.

Peut-être que dans certaines régions, certains ont été inclus dans les instances, mais aujourd'hui, je ne suis pas sûre que vous soyez présents dans aucune instance : ni dans les comités techniques régionaux ni dans les comités de pilotage. Je vais de mon côté passer le message à mes collègues, mais faites également la démarche vous-mêmes. Je vais leur passer un message en leur disant que se serait bien de réfléchir, pour telle ou telle thématique, mais pensez-vous honnêtement que vous aurez le temps matériel et les personnes prêtes à s'investir pour participer à une dizaine de groupes sur la région, de façon concomitante ?

J'ai identifié quelques priorités, mais je ne sais pas si ce sont les bonnes : la permanence des soins (êtes-vous prêts à vous engager sur ce champ ?), les personnes âgées (je pense que ce point est incontournable et qu'il faut agir). Les handicapés ne sont pas immédiatement pris en charge.

Nous effectuons les soins de suite et de réadaptation. Etes-vous partant pour faire de la rééducation fonctionnelle ?

Vous me dites que vous pourriez également apporter quelque chose sur l'IRC, mais il faut savoir doser : ce n'est pas parce que vous intervenez avant une greffe rénale que votre participation à une organisation des soins sur les techniques d'épuration extra-rénale vous apportera ou apportera particulièrement quelque chose. Il faut doser l'effort, car c'est un investissement colossal.

Ce que j'aimerais bien en retour, (vous voyez que j'ai totalement accepté le dialogue aujourd'hui), c'est que vous essayiez d'écrire une trame d'organisation possible. Nous avons avancé, avec le Professeur VULCAIN, quand nous nous sommes rencontrés au sujet de la prise en charge des femmes non handicapées physiques présentant des problèmes maxillo-faciaux importants. Nous allons essayer de trouver des réponses par le biais d'une organisation régionale ; ce ne sera pas un centre ressource car un centre ressource (il faut faire attention au vocabulaire) est exclusivement hospitalier. Si vous arrivez avec ce concept-là, l'URCAM va refuser de financer sur la dotation de financement des réseaux.

Soyez aussi conscients qu'aujourd'hui, le seul moyen dont nous disposons pour financer l'articulation ville/hôpital, est la dotation de développement des réseaux qui existent en région. Le réseau doit être formalisé et associer véritablement des acteurs du secteur ambulatoire, sinon cela ne marche pas, ce n'est pas finançable. Dans le cadre du réseau, il faut identifier le rôle du centre ressource, qui sera un lieu où l'on fait un premier bilan.

Dr Brigitte DUBOC

Un bilan ou remise en état pour les soins qui ne peuvent pas être faits en ville, et ensuite, un réseau avec les professionnels libéraux pour des soins de suite, beaucoup plus simples, qui peuvent être des soins de proximité.

Nous pouvons même envisager, pourquoi pas, des soins à domicile ou au chevet d'un patient s'il ne peut pas se déplacer. Mais cela n'occulte en aucun cas la possibilité de travailler en réseau avec les professionnels libéraux.

Je voudrais juste vous poser une question : quel va être le devenir de ce qui existe actuellement ? Il y a quand même aujourd'hui des services hospitaliers qui fonctionnent et qui prennent en charge un grand nombre de patients qui ne

peuvent pas être accueillis ailleurs. Dans le cadre des schémas, tels que vous nous les présentez, qu'envisagez-vous pour le devenir de ces services ?

Mme Annie PODEUR

Il n'est rien dit du tout. Ces services ne sont absolument pas remis en cause. Nous ne traitons pas de l'organisation interne. Je pense que je n'ai pas été suffisamment claire sur le SROS. Encore une fois, le SROS ne couvre pas toutes les activités hospitalières. Le SROS n'intervient que sur des priorités qui sont identifiées, et sur lesquelles on nous demande un effort particulier de recherche et de développement d'articulations avec le secteur médico-social et le secteur sanitaire.

Vous auriez effectivement des raisons d'être inquiets si le SROS avait vocation à organiser intégralement toute l'activité hospitalière. Cela voudrait dire que les ARH seraient des super-établissements qui décideraient de toute l'organisation. L'établissement a un rôle propre : il effectue ses propres choix dans un projet d'établissement, qui doit respecter le schéma régional d'organisation sanitaire, mais uniquement dans la limite où le SROS dit quelque chose sur telle ou telle priorité ou sur tel ou tel niveau de soins. Le SROS ne correspond pas à une vision totalisante. Il constitue un moyen d'optimiser l'organisation des soins en articulation avec la ville et en articulation avec le champ médico-social, sur certains types de prise en charge : toutes les thématiques qui sont énoncées.

D'ailleurs, certaines choses devraient vous paraître étranges ; vos collègues qui travaillent aujourd'hui sur la diabétologie devraient crier au scandale : on sait très bien que le nombre de diabétiques en France est énorme, et rien n'est structuré sur la diabétologie au niveau du SROS. Effectivement, nous n'allons rien structurer sur la diabétologie, parce que la réponse apportée aux diabétologues est la même que pour vous : c'est le réseau ville / hôpital, en considérant que si nous voulons réussir le pari du dépistage du diabète, il faut d'abord travailler avec les acteurs de terrain. Je crois qu'il ne faut pas qu'il y ait d'ambiguïté.

Si vous ne deviez retenir qu'un message ce matin, il est que le SROS n'est pas un document totalisant ou globalisant. C'est un document qui essaie de susciter des évolutions, notamment dans la répartition des rôles, sur certains grands axes d'activité sur un champ donné.

Je vous parlais tout à l'heure des projets médicaux de territoires, mais vous

êtes nombreux à exercer en région parisienne, donc ce sujet vous est moins connu. Mais quand on parle d'un projet médical de territoire, dans une région ou dans un secteur, les choses sont simples. Il s'agit de dire : qui va faire de la chirurgie vasculaire ? Nous n'avons pas les moyens, aujourd'hui, de multiplier les sites de chirurgie vasculaire. Quelle sera la graduation des soins, qui va en faire ? La clinique ou l'hôpital ? C'est cela, un projet médical de territoire. Vous voyez bien que dans ce type de réflexion, nous sommes loin du clinique, nous sommes sur une organisation très générale. Je pense que votre vision du SROS est un peu faussée.

En revanche, je dirais qu'à notre charge, nous devons faire l'effort de mieux connaître vos activités, et la manière dont vous pouvez vous intégrer. Et même quand nous étudions les projets d'établissements (car nous avons un rôle d'approbation sur ces projets). Je vous fais part d'un exemple qui me vient à l'esprit car j'y ai été confrontée, dans un établissement qui disait ne plus s'intéresser à la stomatologie ; je me souviens que je leur avais dit qu'avant de prendre toute décision, ils devaient s'assurer que sur le territoire, un autre établissement voudrait bien accueillir les stomatologues, pour qu'ils puissent dispenser des actes dont le rôle est essentiel dans la couverture des besoins de santé.

Un intervenant de la salle,

Si je peux me permettre, je pense que nous avons cristallisé sur le SROS nos inquiétudes et nos angoisses, parce que nous nous trouvons devant un véritable problème politique (au sens large et positif du terme). Nous demandons en effet que soit mise en exergue, et reconnue, l'importance de l'odontologie dans un dispositif hospitalier. Donc, par là-même, dans les relations du réseau entre le libéral et l'hôpital, sur lesquelles vous avez beaucoup insisté.

Il est vrai que ce problème vous dépasse certainement, car ce n'est pas vous qui allez régler le problème de la place de l'odontologie dans l'hôpital. Mais nous avons le sentiment de ne pas être dans la même situation que les autres disciplines médicales. On parle de patients qui ont d'autres pathologies, et que nous soignons. On parle, mais si nous n'avons pas notre place dans l'hôpital, le problème de santé publique va se poser de façon globale, comme l'un des intervenants l'a indiqué précédemment.

Cette analyse explique peut-être notre focalisation sur le SROS, mais le problème qui se pose est plus large. C'est un problème qui vous dépasse, et sur lequel nous devons réfléchir. Il faut repenser l'approche des pouvoirs publics

concernant l'odontologie hospitalière, qui est un vrai problème de santé publique. Sinon, effectivement, toute une partie de la population échappera aux soins, ainsi que nous l'avons déjà exposé.

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE,

Doyen de la Faculté de chirurgie dentaire-Université Paris VII

Je pense que votre vision de l'odontologie est davantage celle d'une activité libérale. Je trouve que vous avez été très claire, et je dirais que je partage relativement votre point de vue. Nous sommes en effet dans un schéma qui est un peu ambigu, dans lequel la formation, faite dans des structures hospitalières, destine 93 % des futurs professionnels à une activité libérale. Ce point pose une première question.

Deuxièmement, une partie de la population n'est pas prise en charge. Pourquoi ? Parce que le corps hospitalo-universitaire est en grande partie à temps partiel. Il n'y a pas suffisamment de praticiens dans les hôpitaux et l'odontologie hospitalière n'est pas reconnue en tant que telle.

Je crois que nous devons effectivement faire un effort énorme pour définir l'odontologie, tant au niveau hospitalier qu'en dehors de l'hôpital. Je pense qu'il n'y a pas que le cabinet libéral et l'hôpital.

Il faudrait que nous nous interroguions sur d'autres structures, comme celles dont nous avons eu l'exemple ce matin en Espagne ou au Canada, voire sur des structures intermédiaires. C'est peut-être à nous d'inventer un autre système, dont l'organisation répondrait mieux aux besoins de santé publique.

Le troisième point est que, comme dans de nombreux autres pays, nous ne disposons pas, en France, d'études suffisantes sur les besoins en soins dentaires de la population. On se concentre sur les caries chez certaines tranches d'âge ou sur les maladies parodontales, mais l'odontologie ne se limite pas à cela. Nous ne disposons pas de données, par conséquent, nous ne sommes pas convainçants vis-à-vis des tutelles. Je crois qu'il y a encore beaucoup à faire.

Pr VULCAIN,

Président de la Conférence des Chefs de Service hospitalo-universitaire d'Odontologie

Madame PODEUR, le débat pourrait se poursuivre encore longtemps, et j'aurais moi-même aimé vous interpeller sur d'autres points ; mais je sais que

vos responsabilités vous appellent, aussi je vous remercie de nous avoir détaillé les SROS III, et de nous avoir fait part de votre point de vue.

Dr Elizena BARBOSA-ROGIER,

Attachée - service de pédodontie - CHU de Rennes

Je suis chirurgien dentiste, de nationalité franco-brésilienne, et j'ai obtenu mon diplôme au Brésil. Pour revenir sur les pistes données par le Dr FOLLIGUET concernant la démographie, je pense qu'il serait intéressant d'intégrer aussi les dentistes étrangers, qui, pour une grande part, ont également la nationalité française, ont construit une vie familiale en France, qui se battent et qui vivent dans l'exclusion due à une protection exagérée.

Je ne pense pas que je sois un cas isolé, mais beaucoup de gens ne se manifestent pas. Je pense que cette piste devrait être explorée, car nous avons de nombreuses compétences à apporter.

Pr Nadine FOREST,

Présidente de l'ASPBD

Je vais me permettre de répondre, car j'ai quelques compétences : j'ai participé pendant de longues années aux commissions qui attribuent, chaque année, un nombre de places aux praticiens justifiant de diplômes étrangers. Nous ne décidons malheureusement pas, c'est l'Etat qui s'en charge. Le fait de disposer de la nationalité française fait partie des facteurs qui facilitent le choix.

Je crois que ce problème est clairement une conséquence des dispositions qui sont prises par le ministère de la santé. Je pense qu'il consulte essentiellement le Conseil de l'Ordre, et nous avons constaté une sorte de phénomène de protection, mais nous ne pouvons pas leur en vouloir non plus : tous les partis doivent être pris en considération, il faut bien le comprendre.

Les équivalences de diplômes, quand elles existent, sont prises en compte, mais aussi l'ensemble du dossier. Il est vrai que les places sont très limitées, et que, de façon privilégiée, sont retenues les personnes qui auraient des difficultés à retourner dans leur pays d'origine. Il est évident que la nationalité française, et le fait d'avoir des enfants, sont des facteurs qui favorisent une décision positive.

Vous soulevez ce point et c'est une bonne chose, mais nous ne sommes malheureusement pas les interlocuteurs directs pour ce type de problème, qui,

au moment où nous nous interrogeons sur la démographie, rendrait votre présence, en effet, tout à fait intéressante.

Dr Paul KARSENTY,

Responsable du secteur dentaire à la Direction générale de la Santé

Je ne vais pas revenir sur tout ce qui a été dit, mais je pense quand même, que le sous-développement de l'odontologie hospitalière ne peut pas ne pas être souligné. Parmi les choses qui ont été dites pour relativiser le rôle des SROS, beaucoup sont vraies, mais comme les SROS sont l'un des rares lieux où l'on peut infléchir les choses en ce domaine, nous ne pouvons pas nous contenter de subir les structures telles qu'elles sont aujourd'hui. S'il est vrai, comme cela a été souligné, que l'offre de soins est très majoritairement libérale, la conséquence (et cela a été dit aussi) est qu'une bonne partie des besoins ne sont pas satisfaits, à cause de ce déséquilibre dans l'offre. Nous ne pouvons pas demeurer passifs devant ce constat, il faut vraiment une politique volontariste.

Je voudrais également souligner que tous les systèmes qui ont été mis en place dans différents pays, et qui nous ont été présentés ce matin, prouvent la grande complexité du rapport entre politique nationale et régionalisation. La dernière diapositive de Bernard LAPORTE sur le Québec était très parlante sur ce point. En particulier, l'approche strictement régionale, qui a été privilégiée dans ce qui nous a été exposé ce matin, fait un peu trop l'impasse (et surtout en France) sur l'absence de politique nationale.

Régionaliser, c'est bien, à condition qu'une politique soit au préalable définie au niveau national. On ne peut pas commencer par une politique régionale. Aujourd'hui, ce qui fait défaut, en particulier dans le domaine dentaire, c'est la définition d'une politique dentaire, de priorités et d'objectifs. Même si la loi de santé publique a défini un premier objectif dentaire, ce n'est qu'un premier pas. Il faut le saluer, mais il demeure encore très modeste. Et il y aurait encore bien d'autres choses à dire, au niveau national, sur la responsabilité entre assurance maladie et ministère.

Mais je crois qu'avant d'aller étudier de trop près les questions régionales et de décentralisation, il faut faire prendre en compte, au niveau national, à travers un plan de santé national, des priorités, des objectifs, quelques actions, et ensuite seulement, se poser la question des relais régionaux et de l'application régionale.

Pr Jean-Marc BRODEUR,

Département de Médecine sociale et préventive - Faculté de Médecine - Université de Montréal

Ma question s'adresse au présentateur de la première partie de ce matin. La place qu'occupe la santé dentaire dans les systèmes de santé n'est pas bonne. Quand on étudie les choix qui sont faits historiquement, on constate que les soins dentaires viennent toujours en dernier, et quand il y a des problèmes de financement, ce sont les soins dentaires qui disparaissent les premiers. Le problème est le même pour les hôpitaux et pour la santé publique. Ma question, qui est peut-être un peu difficile, est : comment s'assurer que la régionalisation favorise la place de la santé dentaire, et ne la diminue pas ?

Pr Jean-Marie VULCAIN

C'est une excellente question, mais je ne sais pas à qui il appartient d'y répondre. La réponse appartient vraisemblablement à la conférence des directeurs d'ARH, que Mme PODEUR présidait, il y a encore quelques jours. C'est la raison pour laquelle je l'avais invitée à participer à ce débat, pour que vous puissiez justement lui faire passer vos messages. Et les messages sont bien passés.

Je peux vous dire que quand vous allez, seul, voir votre directeur d'ARH, il vous répond que cela ne figure pas dans les textes et que ce n'est prévu ni par les politiques, ni par les circulaires ou les arrêtés. Nous avons donc beaucoup de mal à convaincre les responsables de notre politique de santé, car il s'agit bien là de politique de santé.

On m'a demandé d'exposer, cet après-midi, ce que pouvait éventuellement être le rôle de l'hôpital dans la prise en charge des pathologies bucco-dentaires, et je regrette que Mme PODEUR ne puisse pas rester ; je me pose en effet la question, compte tenu de l'importance de certains groupes de malades, de savoir si véritablement, nous pouvons partir sur des solutions différentes selon les régions. On voit ce que donne, en Espagne, cette régionalisation quand elle n'est pas bien ciblée ou pas bien organisée. C'est ce message que nous aurions souhaité faire passer. Je pense que notre intégration dans les SROS aurait justement permis une meilleure organisation régionale de la prise en charge de ces pathologies bucco-dentaires.

Les personnes actives sont tout à fait capables de se faire prendre en charge dans les cabinets libéraux, et elles n'y manquent pas. Mais il y a bien d'autres catégories de malades. Un intervenant a évoqué la prise en charge de la petite enfance : rares sont les structures libérales qui la prennent en charge, parce

que cette prise en charge est difficile, et que finalement, on va s'adresser à des structures organisées pour.

C'est le propos que je développerai tout à l'heure, qui est qu'il faudra des plateaux techniques appropriés, avec des équipes médicales formées à ces prises en charge spécifiques. Quand je dis « équipe médicale », je parle également du personnel de santé qui entoure cette équipe ; l'une de mes consœurs a fort justement souligné, tout à l'heure, qu'il fallait aussi une équipe pluridisciplinaire, avec d'autres spécialités médicales, car nous sommes parfois confrontés à des patients porteurs de poly-pathologies. Il est évident qu'il faut une sécurité, donc un plateau technique adapté.

Je ne sais pas si ma réponse vous convient, mais je suis personnellement très inquiet de l'avenir de la santé bucco-dentaire dans nos régions, tel qu'on nous le promet. J'aurais souhaité que nous puissions intervenir. A la limite, il aurait fallu inviter tous les directeurs d'ARH à participer à cette journée de santé publique.

Un intervenant de la salle,

Je me permets de dire un mot. Je crois que les SROS, tels qu'ils ont été exposés, sont une épine limitative. Mais comme le disait très justement le Dr KARSENTY, il faut qu'il y ait au départ une politique nationale déterminante. On voit bien que c'est au niveau de l'arrêté ministériel définissant les thématiques que nous aurions dû bouger, car alors, les SROS auraient intégré cette thématique. Beaucoup de choses seraient aujourd'hui différentes. Mais encore faut-il qu'il y ait une volonté de développer la présence de l'odontologie dans l'hôpital.

Parce que la conception actuelle est très réductrice, et d'ailleurs, nous l'avons bien vu : pour le moment, pour ceux qui ne sont pas odontologistes, l'hôpital assure la formation des étudiants et traite des patients atteints de pathologies autres que bucco-dentaires.

Mme PODEUR semblait très étonnée de constater qu'il y avait plus d'un million de passages, et elle m'a même demandé qui étaient les gens qui venaient se faire soigner. Comme s'il était étonnant de passer par l'hôpital, qu'il n'y avait pas d'autre solution que le libéral, et que l'hôpital ne devait pas servir à traiter des patients sains par ailleurs, mais uniquement ceux atteints de certaines pathologies.

Mme PODEUR a cité comme priorité les maladies cardio-vasculaires ; il faudrait lui faire comprendre qu'il existe un lien privilégié entre maladies cardio-vasculaires et maladies parodontales.

Tant que nous n'aurons pas changé cette place de l'odontologie à l'hôpital (et c'est un gros travail), ce qui permettra de créer de véritables réseaux, nous n'arriverons pas à nous intégrer à un autre niveau. Les autres niveaux sont faits pour intégrer des situations existantes.

Pr Jean-Marie VULCAIN

Nous avons un espoir, car le rapport de la mission odontologique avait largement développé cet aspect des choses. Nous pouvions donc penser que les responsables, au niveau du ministère de la santé, avaient pris conscience de l'importance des pathologies bucco-dentaires dans la santé. Il a bien été question ici de santé physique et mentale. Or comment voulez-vous que quelqu'un qui est édenté puisse se dire physiquement et mentalement à l'aise ? Ce n'est pas possible. Nous avons donc l'espoir de voir un maillage plus important de l'odontologie hospitalière, espoir qui nous aurait été donné par l'introduction de l'odontologie dans les SROS. Nous figurions dans la circulaire, mais nous avons malheureusement été supprimés de l'arrêté, et nous nous retrouvons au même point que les années précédentes. Peut-être avez-vous une réponse supplémentaire à apporter ?

Dr Paul KARSENTY

Je dirai juste un mot, en réponse à ce que disait M. BRODEUR. Je crois que si, comme il le soulignait, les crédits dentaires sont les premiers supprimés, et que l'odontologie est à chaque fois la dernière discipline à laquelle on pense, c'est aussi le reflet de la place de la santé dentaire dans l'opinion générale de la population. Jusqu'à une date récente, la perte des dents était considérée comme une fatalité. Il n'y a pas de Téléthon pour les soins dentaires.

Ceci nous indique l'une des voies possibles d'amélioration, qui est d'agir sur l'opinion. Des campagnes qui montreraient mieux, non seulement aux professionnels de santé, mais surtout à la population dans son ensemble, le lien étroit qui existe entre santé dentaire et santé générale, la gravité que peut avoir, dans certains cas, une mauvaise santé dentaire, pourraient avoir un effet positif.

Les politiques de santé ne sont pas seulement faites par les institutionnels ou

les professionnels de santé : elles sont avant tout, faites par des hommes politiques. Et l'on voit bien comment des groupes de pression habiles, en particulier sur des maladies rares, ont réussi à faire prendre en compte des handicaps qui touchent pourtant très peu de gens.

Il devrait être possible de s'inspirer de cette démarche vis-à-vis de l'opinion, pour faire bouger les choses.

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE

En réalité, mon propos n'était pas de dire que nous n'avions pas à être dans les SROS, ce n'est pas le problème, mais je pense effectivement qu'il ne faut pas cristalliser sur les SROS, car ils ne répondront que partiellement au problème. Tant que nous n'aurons pas, comme l'a dit M. KARSENTY, une politique nationale, les SROS ne seront qu'une particularité.

Nous y sommes très sensibles, car c'est au sein de ces structures que nous assurons nos activités, mais je crois que nous n'avons pas une visibilité claire des besoins de santé publique. C'est tout ce que je voulais dire, pas plus.

ROLE DE L'HOPITAL DANS L'OFFRE DE SOINS ODONTOLOGIQUES

OUVERTURE

Pr Jean Marie VULCAIN

Président de la Conférence des Chefs de Service hospitalo-universitaire d'Odontologie

J'aborderai le rôle de l'hôpital dans la réponse aux soins odontologiques en cinq points : les missions de l'hôpital, le constat que l'on peut faire de ces missions dans le cas particulier de l'odontologie, les besoins qu'il y a lieu de prendre en compte, la législation et les propositions qui peuvent s'ensuivre.

Les missions

La loi hospitalière 91-748 du 31 juillet 1991 définit clairement les missions hospitalières de la médecine, de la pharmacie et de l'odontologie. Pour la première fois, le législateur tenait compte de l'odontologie dans l'hôpital et la considérait à égalité avec ses aînées médicales.

Les missions hospitalières sont de trois ordres : une mission de soins, une mission de formation et une mission de recherche.

La formation et la recherche sont de la responsabilité des centres hospitaliers universitaires (CHU). Quant aux soins, ils sont de la responsabilité de tous les établissements publics de santé, y compris bien entendu les centres hospitaliers universitaires.

Qu'entend-on par « mission de soins » ?

Il s'agit de la prise en charge des malades non-traités dans les autres structures pour des raisons diverses, en particulier les malades porteurs de certaines pathologies lourdes impossibles à traiter dans un système de ville. Cela signifie aussi être référence et leader de réseaux de soins, cela signifie également être pôle de recours et/ou d'excellence notamment pour les CHU.

Cette mission de soins est plus clairement définie par l'article L711-2 du code de la santé porté par la loi hospitalière et modifié par la loi 97-60 du 24 juillet 1997 :

« Les établissements publics de santé ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement des soins de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie. »

Le constat

Or que constatons-nous ? Sur les 31 centres hospitaliers universitaires, définis par le décret du 3 mars 1992, seulement 21 ont un ou plusieurs services d'odontologie. Sur ces 21 CHU, 15 sont liés à une faculté de chirurgie dentaire, c'est-à-dire que *de facto* ils ont été tenus de développer un service d'odontologie. L'auraient-ils fait s'il n'y avait pas eu à assurer la formation clinique initiale ?

Si nous regardons la carte de la démographie odontologique hospitalière, rares sont les centres hospitaliers généraux organisés ou équipés pour une activité odontologique. Les praticiens hospitalo-universitaires mis à part qui remplissent aussi les missions de formation et de recherche, l'effectif des praticiens hospitaliers, pour la France, est seulement de 27 temps plein et 82 temps partiel, dont respectivement 14 et 17 sont affectés à des CHU alors qu'il existe 359 Etablissements Publics de Santé (centres hospitaliers généraux), auxquels il faut associer 1 820 établissements de santé privés. Pour tous ces établissements non CHU, l'odontologie ne compte que 13 temps pleins et 65 temps partiels.

Pourtant plus d'un million de passages par année sont recensés dans les seuls services agréés pour la formation des internes. Ce chiffre, issu de la commission d'agrément des services habilités à recevoir en formation des internes d'odontologie, devrait interpeller les pouvoirs publics et les responsables politiques.

Aussi la situation hospitalière actuelle de l'odontologie est-elle réellement appropriée pour répondre aux besoins ?

Selon certaines caisses primaires d'assurance maladie, environ 40 % de la population active exprime annuellement un besoin bucco-dentaire. Cette population trouve une réponse à sa demande essentiellement dans le réseau de ville, c'est-à-dire en libéral. Par contre, certains groupes particuliers de

malades n'ont pas de réponse à leur demande de soins bucco-dentaires. C'est de ce public dont il faut s'occuper car cela pose un véritable problème de santé publique.

Les besoins

Les groupes de malades rencontrant des difficultés dans l'accès aux soins sont les personnes handicapées, les personnes âgées dépendantes, les personnes à pathologie lourde, les personnes en difficulté notamment socio-économique, les personnes en situation d'urgences bucco-dentaires, les personnes en situation de recours, les personnes détenues. Chacun peut se sentir concerné directement ou indirectement pour des proches ; il suffit d'un accident de la vie pour devenir une personne handicapée. Demain nous serons peut-être une personne âgée dépendante ; nos parents le sont peut-être déjà. De même, nul n'est à l'abri de contracter une pathologie lourde.

- D'après une référence de l'OMS de 2002, 10 % de la population mondiale seraient handicapés. Cela veut dire qu'en France, sur soixante millions d'habitants, il y aurait pratiquement six millions de personnes handicapées, tous handicaps confondus. En France, il existe 800 000 handicapés mentaux qui représentent plus de 1,3 % de la population. D'après la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan, département breton de taille moyenne, il est recensé 20 000 personnes handicapées, tous handicaps confondus, dont 1 400 sont en établissements médico-sociaux ou en maisons d'accueil médicalisées et où un personnel médical odontologique est nécessaire pour une prise en charge spécifique de ces malades.

De nombreuses études mises en œuvre par les caisses d'assurance maladie sont en cours sur la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Il faut faire des évaluations et tenir compte de celles déjà existantes. Les besoins bucco-dentaires chez la personne handicapée sont très supérieurs à ceux d'une population active : ils sont pratiquement du double. Or une réponse est apportée dans seulement 30 % des cas avec parfois des attentes de quatre à six mois et des déplacements de plusieurs dizaines de kilomètres, parfois de plusieurs centaines de kilomètres. Est-ce acceptable au plan humain et économiquement pertinent au plan politique de santé ?

Les personnes handicapées ont besoin d'une prise en charge spécifique qui nécessite un plateau technique adapté à l'accès, à certaines techniques comme la sédation consciente, qui ne peut se pratiquer qu'en milieu hospitalier, mais

aussi à l'anesthésie générale qui s'avère souvent nécessaire chez ce type de malade.

Cela demande également un personnel médical formé à une prise en charge spécifique, à une activité médicale pluridisciplinaire. Il faut savoir travailler au sein d'une équipe, avec des médecins, parce que généralement ces malades ont des pathologies associées et font l'objet d'une polymédication importante. Il faut aussi un personnel non médical formé à la prise en charge sociale, à la prévention, à l'hygiène. La délégation de tâches trouverait tout son intérêt pour ce groupe de malades.

- Les personnes âgées dépendantes présentent un peu le même genre de situation. Pour la seule région de Bretagne, 40 000 personnes sont placées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La majorité de ces personnes âgées dépendantes a une espérance de vie située ente 80 et 90 ans.

34 % de ces personnes sont édentées totales. En moyenne, ces personnes âgées possèdent seulement 8,3 dents avec 4 dents saines selon une étude de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Essonne.

Les besoins bucco-dentaires sont donc également très supérieurs à ceux de la population active et il n'existe de réponse efficace dans au plus 20 % de ces établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans certaines régions, seuls 8 % de ces établissements ont une installation sur place, 15 % seulement se soucient de faire prendre en charge leurs patients pour les pathologies bucco-dentaires. Quant aux autres, c'est à la demande des familles, du malade, mais rien n'est réellement organisé.

Il faut dire très haut que les problèmes bucco-dentaires ont une répercussion sur l'état général. Cela provoque notamment des situations de dénutrition. Une personne dénutrie, surtout lorsqu'elle est âgée, va s'orienter vers une alimentation beaucoup plus sucrée qui va accentuer sa dénutrition protéinique qui à son tour va se traduire par des carences et ainsi de suite. N'oublions pas non plus les problèmes de psychisme et les infections à distance.

Pour ces personnes âgées dépendantes, la prise en charge doit également être spécifique. On ne s'improvise pas praticien pour personnes âgées dépendantes comme on ne s'improvise pas praticien pour personnes handicapées. Il faut là aussi un plateau technique adapté pour la position, la durée des soins ; un personnel médical formé ; une prise en charge spécifique, avec une activité

médicale pluridisciplinaire car nous sommes en présence de pathologies associées et de polymédication. Et puis il faut un personnel non médical formé à la psychologie des personnes âgées, aux problèmes socio-économiques qui contrarient la prise en charge bucco-dentaire, à l'hygiène buccale d'où l'intérêt également de la délégation de tâches.

- Les personnes porteuses de pathologies lourdes nécessitent également une prise en charge spécifique : il y a pratiquement 650 000 demandes d'ALD (affections de longue durée) par an dont certaines ne peuvent être prises en charge qu'en milieu hospitalier et ce au sein d'une équipe médicale pluridisciplinaire et où l'odontologiste a un rôle à tenir. Si nous prenons l'exemple des personnes atteintes d'hémophilie, il est évident qu'elles ne peuvent pas être traitées dans un circuit de ville. Il en va de même pour les personnes atteintes de mucoviscidose ou d'insuffisance respiratoire chronique grave, ce sont plus de 26 000 demandes par an qui ne peuvent manifestement pas être traitées dans des structures conventionnelles.
- 5,8 millions de personnes sont inscrites à la CMU (couverture maladie universelle) selon un rapport de l'IGAS, ce qui représente 9 % de la population. Lorsque nous analysons la fréquentation des services d'odontologie agréés, nous trouvons 30 à 35 % de personnes inscrites à la CMU. Ces chiffres témoignent d'un problème, d'une demande croissante mais également le constat d'une réponse partielle donnée par le réseau de ville pour ce type de malades. Il convient aussi de prendre en compte les personnes sans droits, notamment les réfugiés, qui arrivent sur le territoire et qui n'ont aucune couverture.

Dans ce cadre, il y a lieu de considérer la prise en charge spécifique de certaines addictions par une équipe formée, préparée à l'écoute, au pragmatisme thérapeutique où l'assistante sociale a peut-être une place prépondérante.

- Les urgences odontologiques sont en progression constante la nuit, le week-end, les jours fériés, pendant les grands congés. Une inflation de 10 % durant ces périodes a d'ailleurs été dénoncée par la revue du Conseil National de l'Ordre. Ce chiffre est peut-être à mettre en rapport avec le chapitre précédent sur les personnes en difficulté, parce que ces dernières vont consulter quand elles sont en état de souffrance. Une prise en charge particulière de ces douleurs bucco-dentaires, des complications infectieuses, des traumatismes maxillo-alvéolaires doit pouvoir être réalisée comme toute autre urgence de santé.

En ce qui concerne les personnes détenues, l'hôpital a aussi un rôle à jouer, puisqu'il est responsable des UCSA (Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires). Bientôt, tous les hôpitaux proches de maisons d'arrêt devront avoir des unités d'hospitalisation sécurisées pour les détenus. Là encore, il faut une prise en charge spécifique tenant compte de la situation carcérale, du contexte polymédié et du pourcentage élevé de séropositivité de ces patients.

- Il existe aussi les situations de recours, parce que l'hôpital est un lieu de référence qui permet d'accueillir certains malades qui finalement ne trouvent plus de réponses dans d'autres circuits. Ce sont des malades référés par des praticiens chirurgiens dentistes ou médecins. Ce sont les réhabilitations orales complexes, avec en particulier le recours à l'implantologie. Ce sont certaines situations d'échecs qu'il faut tout de même gérer, et c'est l'hôpital qui en a la charge. Ce n'est pas uniquement le cas en odontologie, cela l'est aussi pour les autres disciplines médicales. Rappelons simplement que la première cause d'hospitalisation chez le jeune de 12 à 17 ans est une cause odontologique, notamment pour les extractions de dents de sagesse incluses.

La législation

Trois lois importantes ont été votées récemment.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique affirme la responsabilité de l'État dans ce domaine et définit une politique de prévention à l'échelle régionale.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie aborde notamment le dossier médical personnalisé. Mais ce dernier, qui devra suivre le malade et qui est à la disposition de chaque médecin consulté, sera-t-il ouvert au chirurgien dentiste ?

La loi du 13 août 2004 relative à la liberté et aux responsabilités locales va responsabiliser les collectivités territoriales dans le plan de santé des régions. C'est peut-être aux professionnels d'aller au-devant de ces collectivités pour travailler avec elles sur la santé bucco-dentaire.

On peut tirer trois grands principes de ces trois récentes lois.

Le premier principe porte sur la qualité des soins ; il faut qu'elle puisse se faire avec une sécurité, une expertise et un accompagnement de la personne.

Le deuxième porte sur l'égalité d'accès aux soins. Il y a une véritable nécessité, inscrite dans la loi, d'une implantation territoriale équilibrée. Mais cette implantation territoriale est-elle réellement équilibrée dans le domaine bucco-dentaire ? Existe-t-il un équilibre entre la ville et l'hôpital ?

Il faudrait un maillage des établissements de santé en particulier dans le cadre de réseaux, avec une définition du niveau de soin. Il est donc nécessaire de définir ce qui peut être effectué en ville, ce qui doit être fait à l'hôpital ou dans d'autres établissements de santé. Il conviendrait d'ailleurs d'avoir une plus grande responsabilisation de la profession pour le secteur ville.

Enfin, le troisième porte sur la continuité des soins avec une approche transversale entre les établissements et une approche transversale ville-hôpital. C'est pourquoi il aurait été pertinent d'inclure l'odontologie dans les SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire).

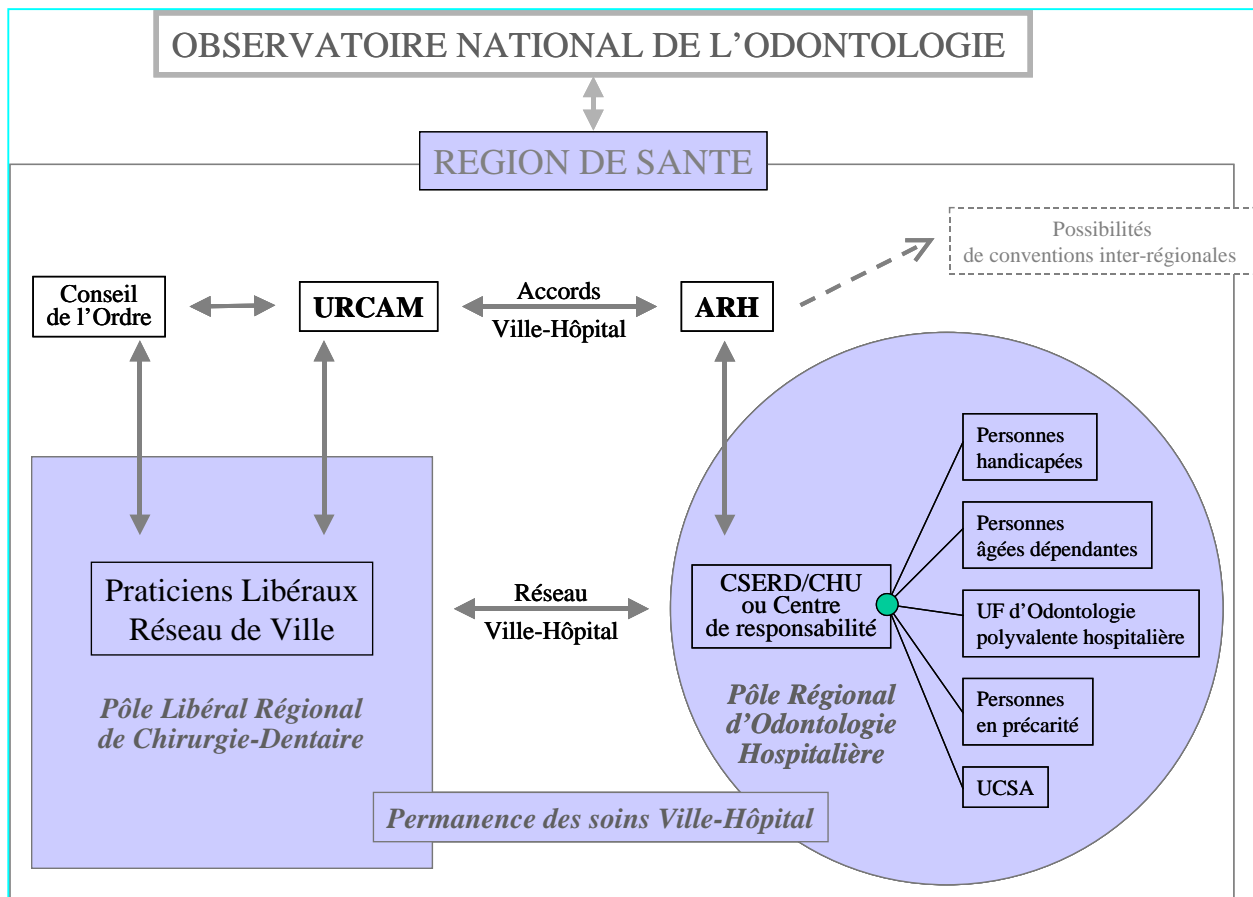
Les propositions

Quelles propositions pourrions-nous faire ?

- D'abord une responsabilisation effective des collectivités territoriales, des directions générales des centres hospitaliers universitaires, des directions d'établissements des centres hospitaliers régionaux et des organismes socioprofessionnels d'odontologie dont l'Ordre.
- Ensuite la mise en place d'un maillage hospitalier avec un corps de praticiens hospitaliers en odontologie formés aux pratiques hospitalières. Ce maillage pourrait être alimenté par les internes en odontologie qui de plus en plus sont demandeurs d'une telle activité.
- Enfin l'implication de l'odontologie dans les SROS ou à défaut son incorporation dans les réseaux.

Le schéma émis dans le rapport de la Mission Odontologie de 2003 est relativement pertinent. Il propose un équilibre entre le pôle libéral régional de chirurgie dentaire et le pôle régional hospitalier d'odontologie où les centres de santé peuvent jouer leur rôle. Il propose également des centres de

responsabilité, des leaders d'organisation, une permanence des soins ville-hôpital, ceci sous la responsabilité des ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation), des URCAM (Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie) et la participation du Conseil de l'Ordre pour tout ce qui est réseau de ville.



Conclusion

Nous souhaitons ardemment une vraie politique de santé impliquant la ville et l'hôpital pour résoudre les vrais problèmes de santé publique liés à l'odontologie. La décision appartient aux politiques.

LE RESEAU « SANTE BUCCO-DENTAIRE & HANDICAP » EN RHONE-ALPES

Dr Eric-Nicolas BORY

Coordinateur du réseau « Santé bucco-dentaire et handicap ». Chef du Service d'Odontologie - Centre hospitalier le Vinatier - Bron 69

La première partie de l'exposé illustre un problème de santé publique négligé pendant de nombreuses années, à partir de situations extrêmement concrètes qui font partie du quotidien d'un service d'odontologie d'un hôpital psychiatrique. Une deuxième partie, à travers l'exemple du centre hospitalier le Vinatier (qui est le deuxième hôpital psychiatrique français), montre la place et le rôle de l'hôpital dans le développement d'un réseau de santé ville-hôpital, alors que le service évolue vers un centre ressource régional pour accueillir les personnes en grande difficulté.

Quatre exemples de cas cliniques montrent les personnes qui sont encore exclues à l'heure actuelle du système de soins.

« En premier exemple, il s'agit d'un patient de vingt et un ans fréquentant un IME, trisomique, atteint d'autisme et de cécité, présentant une cardiopathie congénitale, hospitalisé dans un service de médecine interne depuis plus d'un mois à la suite de plusieurs épisodes de sinusite au cours des six derniers mois. Ses troubles du comportement s'aggravent : agitation, auto agressivité, difficultés relationnelles avec son entourage. Dès son entrée dans le service, nous sommes frappés par une odeur nauséabonde qui se dégage de lui et qui peut expliquer facilement les difficultés relationnelles. Nous étions face à une personne qui, à l'âge de vingt et un ans, n'avait jamais consulté de chirurgien dentiste, présentait une sinusite, un impétigo sur la joue, une parodontite agressive avec une mobilité terminale des incisives mandibulaires, du tartre en quantité abondante. Ce patient avait été traité par des antibiothérapies à répétition qui avaient abouti à des résistances bactériennes ; les germes résistants avaient nécessité un isolement sceptique de plusieurs jours dans un service de médecine interne. En urgence, une antibiothérapie par voie intraveineuse a été mise en place immédiatement pour ne pas attendre la fin du week-end. Nous avons procédé à l'ablation de six dents et à un détartrage. En quarante-huit heures, tous les symptômes ont disparu. Ce patient a attendu des mois avant d'être pris en charge.

Le deuxième cas concerne une personne de 69 ans atteinte d'une démence de Pick, hospitalisée depuis plus d'un mois dans un service de cardiologie pour un

problème de fièvre inexpliquée. Cette personne illustre bien la difficulté d'accès au cabinet dentaire classique : un accès pour un brancard pose des problèmes importants. A l'examen buccal, nous découvrons six dents à l'état de racine et deux dents fortement délabrées. Avec l'accord du cardiologue informé, nous procédons immédiatement à l'ablation des huit dents.

Le troisième exemple illustre la situation des personnes cérébrolésées. Il s'agit d'un homme de 54 ans, tétraplégique depuis 1973 à la suite d'un traumatisme crânien provoqué par un accident de la circulation. Trente ans après l'accident, il réside toujours dans une institution. La santé bucco-dentaire est négligée. C'est un patient qui peut communiquer, s'exprimer et nous faire savoir si nous pouvons continuer, interrompre. Il peut nous donner son avis. L'examen buccal permet de diagnostiquer une parodontite ulcéro-nécrotique, trois foyers infectieux chroniques et trois caries profondes. »

Les exemples présentés ne sont pas rares. Notre équipe accueille chaque semaine plus d'une personne dont l'état bucco-dentaire est comparable.

Parmi bien d'autres situations, les enfants myopathes ont des difficultés de croissance et présentent parfois des dysmorphies sévères avec leurs conséquences fonctionnelles et esthétiques évidentes. Généralement, le chirurgien dentiste est désarmé. Dans le cas de ce jeune homme, nous avons procédé à des extractions sélectives sous anesthésie générale pour améliorer l'esthétique à la demande de la famille et de son entourage.

C'est partant de ce constat, de ces besoins non couverts, que le Réseau « Santé bucco-dentaire et handicap » s'est mis en place. Nous n'avons pas attendu les textes de lois et le décret d'application de décembre 2002 pour mettre en place le réseau. Mais il est intéressant de constater que ce qui a été organisé, pour pouvoir répondre aux besoins de ces populations, est tout à fait conforme aux textes. Il existe vraiment un parallèle entre les textes officiels et la structuration du projet conduisant au développement du Réseau SBDH.

Les personnes concernées par le réseau « Santé bucco-dentaire et handicap » sont des personnes en échec de soins ou qui ne peuvent pas être prises en charge dans une structure de soins ordinaire. Les situations sont nombreuses : handicap mental, handicap psychique (schizophrénie, dépression, troubles spécifiques de la personnalité, troubles délirants,...), handicap moteur (c'est le cas des infirmes moteurs cérébraux), handicap sensoriel associé à des

troubles du comportement, maladies rares associées à une déficience intellectuelle, ...

Ce n'est pas la nature du handicap qui rend difficile la prise en charge ; ce sont les troubles du comportement qui lui sont associés qui accroissent la complexité ainsi que l'anxiété et l'angoisse. Les autres personnes concernées par le réseau sont les personnes très âgées et/ou dépendantes, les personnes en situation de vulnérabilité qui incluent des personnes en situation de précarité et également les personnes atteintes de pathologies lourdes.

Ainsi, face aux demandes pressantes et de plus en plus nombreuses, le service a été amené à se développer vers un réseau de santé. Son activité était saturée depuis plusieurs années ; il était absolument indispensable d'associer des praticiens libéraux dans la prise en charge de ces personnes.

La région Rhône Alpes représente 10 % de la population française et en multipliant par dix les chiffres de cette région cela donne une idée au niveau de la France. En Rhône Alpes, d'après les statistiques de la DRASS, 40 000 personnes handicapées et 70 000 personnes âgées dépendantes sont en institution, et autant à domicile ; cela fait environ 230 000 personnes, ce qui correspond à 5 % de la population.

Selon les projections démographiques, si en 2003, il y a près de 400 000 personnes âgées de plus de 75 ans en région Rhône Alpes, en 2010 il y en aura plus de 500 000. En 2030, 20 % de la population française sera âgée de plus de soixante-quinze ans. Cela représente un défi pour la profession dentaire pour les dix prochaines années.

Le réseau SBDH cible essentiellement les personnes les plus lourdement handicapées.

La profession a fait d'énormes progrès sur le plan technique, mais cette technicité limite les indications aux patients les plus coopérants et il faut savoir être pragmatique dans certains cas. L'état général du patient est parfois dissuasif et on comprend que les praticiens libéraux hésitent à prendre en charge certains patients ayant parfois des antécédents médicaux lourds.

Pour constituer les dossiers du réseau et aussi pour réaliser une évaluation initiale, nous avons essayé de déterminer, grâce à deux enquêtes, quelle était la prise en charge actuelle de ces personnes. Nous avons constaté que cette

prise en charge atteint les limites des possibilités d'un cabinet de ville. Les praticiens ne sont pas formés et l'environnement du cabinet libéral n'est pas adapté. L'attitude négative du patient dissuade parfois aussi le praticien d'intervenir. De plus, ces personnes ont besoin d'être accompagnées : le patient n'est pas forcément coopérant et il n'est pas préparé à l'examen ou aux soins. L'accompagnement n'est pas toujours anticipé. Les personnes très anxieuses ont besoin, pour les rassurer, de la présence de leur référent, d'un éducateur, d'un soignant, d'un travailleur social, d'une personne qui les accompagne réellement avant, pendant et après les soins

L'accès aux soins est donc inégal. Une enquête réalisée dans la région grenobloise a montré que les personnes handicapées les plus coopérantes sont généralement prises en charge. Par contre, les personnes sévèrement handicapées ou opposantes sont actuellement adressées en milieu hospitalier pour extractions multiples. L'espérance de vie des personnes handicapées a doublé au cours des quinze dernières années. Edenter précocement des personnes, posera d'énormes problèmes quand elles seront plus âgées.

Deux enquêtes ont été menées avec l'Ordre des chirurgiens dentistes qui a tout de suite apporté un soutien massif au projet : une première étude pilote en mai et juin 2003 et une deuxième enquête en mars 2004 avec une démarche plus scientifique, validée par un organisme extérieur au réseau.

Il a été montré que moins d'une personne handicapée ou dépendante est prise en charge par mois par praticien. Plus le handicap est lourd et moins la prise en charge est effective.

Ainsi, quatre fois moins de praticiens interviennent auprès des résidents des foyers d'accueil médicalisés qui sont beaucoup plus difficiles à prendre en charge que les personnes fréquentant un CAT (centre d'activité par le travail). Nous avons exactement les mêmes tendances entre les maisons de retraite et les E.H.P.A.D. (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) où la notion de dépendance est très clairement affichée dans l'intitulé : deux fois moins de praticiens. On se rend compte que la majorité des praticiens qui prennent en charge ces personnes voient moins de dix personnes par an. Dès lors, il ne peut y avoir de compétence en ne prenant en charge que dix personnes par an !

D'après la première étude pilote, réalisée en 2003, 3 % des besoins seraient couverts. Le taux de réponses étant de 16 %, nous pouvons imaginer que nous pourrions doubler le chiffre, mais nous resterions en dessous de 10 %.

L'enquête qui a été menée plus tard, avec un taux de réponses beaucoup plus important de 38 %, confirme les résultats.

Nous sommes face à un problème de santé publique : les patients qui ont les besoins les plus importants et qui sont les plus à risque sont les personnes dont la prise en charge est la moins bien assurée.

Les besoins de ces personnes sont spécifiques. Il y a nécessité d'un accompagnement par un travailleur social pour les personnes qui présentent un handicap psychique ou par un éducateur pour les personnes polyhandicapées ou présentant des troubles cognitifs. L'approche psychologique et comportementale ne s'invente pas ; il faut être formé pour cela. Les techniques de sédation sont indispensables pour lever l'angoisse de certains patients. L'organisation du suivi est pensée à l'avance. Il est nécessaire d'aller au-devant de ces personnes qui ne vont pas ou mal exprimer leurs demandes.

Il serait souhaitable également de pouvoir répondre aux situations d'urgence de toute personne en difficulté, qu'il s'agisse d'enfants, d'adolescents ou d'adultes.

L'accès aux soins bucco-dentaires des personnes handicapées, des personnes âgées et des personnes en situation de vulnérabilité est aujourd'hui un problème de santé publique reconnu. Ces personnes présentent un haut risque de pathologie bucco-dentaire. Or, la prise en charge n'est ni assurée ni organisée et les besoins sont spécifiques.

Le réseau « Santé bucco-dentaire et handicap » a été présenté à la commission des réseaux le 22 octobre 2004 et a toutes les chances d'être financé par la DRDR (Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux).

Les objectifs du réseau sont :

- D'améliorer l'accès aux soins et la qualité de prise en charge de ces personnes,
- De faciliter la formation des professionnels et l'éducation des usagers, en proposant et en incitant à une formation des praticiens libéraux,
- De contribuer à la recherche clinique et aux stratégies de santé publique (c'est un lieu privilégié pour mettre en évidence les problèmes particuliers de ces populations et pour tester des hypothèses et des pratiques),

- D'évaluer (toute expérimentation ne peut être mise en place sans procéder à des évaluations sur le plan de l'efficacité, de l'efficience et des coûts).

Le Réseau SBDH est un réseau de type ville/hôpital mais avec une spécificité : le besoin de créer des structures intermédiaires entre le cabinet de ville et l'hôpital. Le cabinet dentaire n'est pas le lieu idéal pour la prise en charge d'une personne lourdement handicapée, et dans un grand nombre de cas, l'hôpital est une structure extrêmement lourde qui n'est peut-être pas forcément justifiée dans toutes les situations.

La structure intermédiaire, que nous avons appelée dans le réseau « le centre de santé orale », est un centre d'examen de santé, de coordination, de soins spécifiques et de suivi. Dans le centre, des praticiens libéraux et hospitaliers travaillent ensemble dans la complémentarité pour échanger leurs expériences et pour réaliser des examens de dépistage, par exemple à l'entrée dans une maison de retraite ou dans un établissement médico-social. C'est dans ce centre que sont assurées la coordination des soins et l'orientation du patient.

Celui-ci est pris en charge dans le centre de santé orale s'il y a quelques difficultés de prise en charge ou bien un praticien libéral va pouvoir assurer les soins dans son propre cabinet en bénéficiant de dérogations tarifaires. Si le patient nécessite une prise en charge plus complexe, par exemple pour des soins sous sédation ou sous anesthésie générale, il est orienté vers un centre ressource en milieu hospitalier. Après cette prise en charge dans un centre ressource, le patient peut être dirigé vers un centre de santé orale ou vers un cabinet de ville pour un suivi régulier.

Ainsi, le Réseau SBDH propose une offre graduée de soins. En fonction de la difficulté du geste et de la coopération du patient, nous allons développer des stratégies particulières. Si le patient est coopérant, la première prise en charge a lieu en cabinet de ville ; la complexité du plateau technique est alors minimale. Par contre, à l'autre extrémité, nous avons l'inverse. Certaines situations intermédiaires peuvent aussi se mettre en place : le personnel soignant peut venir au cabinet d'un praticien libéral pour seconder la prise en charge et des praticiens de ville peuvent se déplacer dans les différentes structures du réseau, centres de santé orale ou centres ressources. Une formation se fait par tutorat au sein du réseau.

Le centre ressource a pour rôle dans le réseau de développer un pôle de compétences aussi bien dans la prise en charge du patient que dans la

technique de sédation consciente ou de soins sous anesthésie générale. La dernière enquête réalisée en région Rhône Alpes a montré que 106 praticiens étaient prêts à s'engager dans le réseau, ce qui est un nombre important. La profession est donc très volontaire en région Rhône-Alpes. A un stade expérimental, trente praticiens sont nécessaires. Nous avons également le soutien des syndicats dentaires pour développer ce réseau.

Pour l'installation des centres de santé orale certains sites sont déjà repérés : le centre hospitalier d'Aubenas dans le sud de l'Ardèche et le centre de santé de Lyon de la MGEN. La semaine dernière deux directeurs d'hôpitaux se sont déclarés intéressés pour développer ce réseau. Nous pouvons être optimistes.

L'objectif du réseau est de réaliser des soins de qualité conformes, comme pour toute la population générale. Le fait d'avoir une démarche de prévention et d'assurer des soins précoces va réduire les besoins en soins. Nous nous sommes rendus compte, en suivant plus de 500 personnes, qu'au bout de quelques années, les besoins en soins - et donc les coûts - étaient moindres ; ce qui a permis de prendre en charge un plus grand nombre de patients.

L'amélioration de la santé bucco-dentaire a des effets favorables sur la qualité de vie, notamment sur la nutrition, l'esthétique, l'estime de soi. Cela apporte une satisfaction non seulement aux usagers, mais aussi à leur entourage.

Le réseau améliore les conditions de travail des professionnels. Le praticien ne sera plus isolé, il sera en lien avec une équipe qui pourra l'aider à gérer les situations délicates.

L'amélioration des pratiques professionnelles se fera par l'intermédiaire d'une utilisation commune de référentiels établis par les professionnels hospitaliers et privés. La réalisation des soins sera adaptée à la demande et aux besoins des usagers. Le praticien qui participera au réseau aura la satisfaction d'améliorer la qualité de vie et l'état de santé de ces personnes.

Des formations seront donc assurées dans le cadre du réseau à l'ensemble des acteurs. Les médecins seront sensibilisés aux problèmes de la santé bucco-dentaire des personnes handicapées et adresseront ces personnes au réseau. Cette formation touche aussi bien les médecins généralistes que spécialistes, les éducateurs, les travailleurs sociaux...

En ce qui concerne la formation du chirurgien dentiste, il est prévu un module de soixante heures sur cinq séminaires. Une formation de sensibilisation de tous les professionnels des institutions médico-sociales est également prévue. En d'autres termes, les personnes qui accompagnent la vie au quotidien de ces personnes seront sensibilisées à l'hygiène bucco-dentaire. Au bout de trois ans, cela représentera la formation de 500 personnes.

On estime que le temps de prise en charge est deux à trois fois plus important pour les personnes handicapées ou dépendantes. Le médecin généraliste, qui fera entrer la personne dans le réseau, réalisera un bilan médico-psycho-social, transmettra toutes les informations nécessaires à la prise en charge par un chirurgien dentiste, bénéficiera d'une dérogation tarifaire.

Le chirurgien dentiste bénéficiera d'un forfait pour la réalisation des soins, la coordination et le bilan de fin de soins. Dans la phase expérimentale, un forfait annuel de 300 euros est prévu par patient.

Pour conclure, le rôle d'un service hospitalier dans la prise en charge des personnes handicapées ou des personnes âgées peut être d'évoluer vers un centre ressource, un centre de coordination d'un réseau régional avec un ensemble de partenaires comme l'Ordre des chirurgiens dentistes, l'Assurance maladie, des partenaires privés, et des hôpitaux locaux.

Il serait nécessaire de développer un deuxième volet qui est la formation, l'évaluation médicale et la recherche clinique. Une structure de recherche vient d'être accréditée par un réseau international de recherche, le RECIF (Réseau d'Epidémiologie Clinique International Francophone), qui regroupe un ensemble de partenaires universitaires et privés.

L'objectif du réseau SBDH est de répondre en dix ans aux besoins de 41 000 personnes en région Rhône-Alpes, ce qui correspond à 40 % des besoins des personnes handicapées, et 30 % des personnes âgées dépendantes hébergées en établissement médico-social.

THERAPEUTIQUE BUCCO-DENTAIRE ET TRAITEMENT ONCOLOGIQUE : LE RESEAU SANTE ONCODENT DE LORRAINE

Dr Michel PASDZIERNY

Président du réseau Oncodent

Dr Eric GERARD

Chef du Service d'Odontologie - Centre Hospitalier Régional - Metz-Thionville

Notre présentation en binôme a un caractère symbolique, avec un praticien issu du monde hospitalier et un praticien issu du monde libéral qui ont travaillé ensemble sur un outil commun. « ONCODENT », est une passerelle entre ces deux mondes.

En 2000, l'Union régionale des médecins libéraux de Lorraine nous a contactés pour mener une réflexion sur les réseaux de santé issue de problématiques de terrain. Le Professeur Pierre BEY, qui était à l'époque président du réseau ONCOLOR et également directeur du Centre Alexis Vautrin à Nancy, et actuellement directeur de l'Institut Marie Curie à Paris, a été à l'initiative d'une telle démarche en pointant la nécessité de sa mise en place.

Le réseau ONCODENT est un projet qui entre parfaitement dans le cadre de la régionalisation. Il correspond également à une préoccupation liée à la démographie professionnelle : dans la Meuse, trois cantons n'ont plus aucun chirurgien dentiste, et dans les quinze prochaines années, neuf cantons n'auront absolument plus de dentiste. Nous allons donc rencontrer d'importantes difficultés en ce qui concerne l'égalité de prise en charge de certains patients.

Tout d'abord, un état des lieux a été fait sur ce que nous appelons les « besoins ressentis ».

En Lorraine, nous diagnostiquons 12 000 nouveaux cas de cancer par an parmi lesquels nous avons pu démontrer que 4 000 cas nous intéressaient directement ; Dans ces 4 000 cas, des pathologies bucco-dentaires interfèrent avec un traitement par radiothérapie ou par chimiothérapie.

Il s'avère que les services hospitaliers odontologiques sont peu nombreux. En Lorraine, il en existe trois : un sur Metz-Thionville, un deuxième au CHR de Nancy et un au Centre Alexis Vautrin. Ces centres sont bien insuffisants pour pouvoir accueillir ces 4 000 personnes.

Selon une étude faite en 2001, auprès de médecins oncologues et de chirurgiens dentistes, il ressort trois éléments essentiels. Les chirurgiens dentistes souhaitent disposer d'informations médicales nécessaires à la prise en charge des soins bucco-dentaires. Les médecins oncologues souhaitent disposer d'un bilan de soins bucco-dentaires qui soit inséré dans une fiche de liaison. Enfin, chirurgiens dentistes et médecins souhaitent travailler ensemble et développer leur coopération.

Nous avons mis en place une association, le réseau Santé ONCODENT, qui a pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge bucco-dentaire de ces patients. Elle regroupe l'ensemble des organisations professionnelles représentatives des chirurgiens dentistes de la Région Lorraine.

Il y a une implication forte du Comité Régional de Coordination des Ordres de Lorraine qui, dès la phase conceptuelle du projet, a donné tout son appui. Nous avons également le soutien de l'Ordre national des Chirurgiens Dentistes. Il est également important de souligner que l'association regroupe tous les syndicats de chirurgiens dentistes. Ainsi ONCODENT fédère l'ensemble des praticiens dans une démarche commune.

Comme partenaire dans la mise en place, nous avons le réseau ONCOLOR qui est un réseau de santé inter-établissements existant depuis une dizaine d'années, regroupant l'ensemble des établissements publics, PSPH et privés de Lorraine prenant en charge des patients atteints de cancer et impliquant l'ensemble des partenaires médicaux et paramédicaux du secteur libéral. Le réseau ONCOLOR est co-maître d'œuvre de notre projet et fédère les médecins oncologues de la Région Lorraine. Il existe donc un partenariat très fort, puisque la pluridisciplinarité de la prise en charge des patients, au sein de laquelle les chirurgiens dentistes sont des acteurs à part entière, est une nécessité.

Les objectifs du projet sont de mettre en place, tout d'abord des chirurgiens dentistes référencés, et par l'intermédiaire de fiches de liaison informatiques, une vraie communication entre les médecins oncologues et les chirurgiens dentistes. C'est un avantage certain par rapport à un support papier, car nous allons utiliser le plein potentiel de l'informatique pour avoir des fiches réellement interactives en fonction de l'état d'avancement du patient dans son processus de prise en charge. L'objectif est également de mettre en place une formation de deux types pour les chirurgiens dentistes : une formation classique sous forme de réunion de formation de secteur et également une diffusion via l'intranet ONCODENT des standards options et

recommandations (S.O.R) pour une bonne pratique odontologique en cancérologie.

D'un point de vue technique, il s'agit donc de mettre en place une transmission d'informations à partir d'une liaison informatique, permettant de relier médecin oncologue, chirurgien dentiste hospitalier et chirurgien dentiste de ville. Nous parlons de « transmission d'informations », mais celle-ci n'est qu'apparente. Pour une raison de confidentialité et de sécurisation, nous avons opté pour la solution d'un serveur sur lequel sont stockées les informations médicales. C'est donc l'accès à ces informations qui sera sécurisé. Dès lors, il n'y aura pas de transmission d'informations. En ce qui concerne la sécurisation, l'authentification se fait par carte CPS, nous avons un soutien du GIP-CPS pour mettre en place l'outil. Nous avons également reçu un avis favorable de la CNIL. En outre, nous avons mis en place un Identifiant patient unique (IPPU) qui permet d'éviter les doublons au niveau des dossiers patients.

Pour le dossier médical informatisé, l'association a mis en place un comité de pilotage qui a réfléchi sur quatre axes. Le premier axe était de s'intéresser à la stratégie thérapeutique des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Le deuxième concernait la thérapeutique des tumeurs non VADS. En troisième lieu, il s'agissait d'étudier le cheminement du patient à travers le réseau ONCODENT et, enfin, de travailler sur les fiches de liaison informatiques.

Tout d'abord il a fallu, avec les médecins oncologues, les chirurgiens dentistes de ville et hospitaliers, réfléchir à la démarche sur le diagnostic thérapeutique.

Nous allons prendre l'exemple d'un patient qui présente une tumeur cancéreuse VADS. Il consulte un médecin oncologue qui le voit en première intention. Avant même d'avoir porté un diagnostic définitif, il va établir une première fiche informatique qui va être adressée à un chirurgien dentiste soit de ville, soit d'hôpital. Le choix entre l'un ou l'autre dépend de la gravité de la pathologie et de l'état général du patient.

Dès que cette première fiche de liaison est adressée au chirurgien dentiste référent, celui-ci va immédiatement faire un bilan diagnostique bucco-dentaire, avant même de connaître la thérapeutique qui sera envisagée.

La troisième étape définira la thérapeutique validée par le médecin oncologue mais pourra également faire intervenir, dans certains cas, ce que l'on appelle le

comité de concertation pluridisciplinaire. C'est un comité qui réunit des médecins oncologues, des chirurgiens, des ORL et également la plupart du temps un chirurgien dentiste. Ce comité, qui est un comité hospitalier, pourra valider la thérapeutique.

A ce moment, la fiche est de nouveau transmise au chirurgien dentiste qui va pouvoir procéder à un certain nombre de traitements bucco-dentaires, puisqu'il sera renseigné sur la thérapeutique médicale définitive. Puis cette fiche sera validée et adressée une dernière fois au médecin oncologue qui aura des informations en retour sur l'ensemble des soins bucco-dentaires qui ont pu être réalisés.

Pour les VADS, il est important de retenir que l'on dispose d'environ 43 jours, entre le premier jour et le début du traitement carcinologique. C'est un temps relativement réduit mais suffisant pour pouvoir faire les soins bucco-dentaires nécessaires (soit 15 jours).

Quant aux traitements par chimiothérapie pour les cancers qui n'intéressent pas les VADS, le temps est beaucoup plus court : 30 jours. Par contre le traitement par chimiothérapie est très rapidement validé et l'intervention du comité de concertation pluridisciplinaire est exceptionnelle, ce qui laisse un temps similaire au chirurgien dentiste pour intervenir (soit 15 jours).

Le dossier informatique sera constitué au fur et à mesure par des fiches renseignées successivement.

Une fiche administrative sera remplie par le secrétariat de l'hôpital qui donnera un certain nombre de renseignements administratifs nécessaires pour le médecin oncologue et pour le chirurgien dentiste.

Une première fiche sera remplie par le médecin oncologue qui donnera un certain nombre de renseignements sur le diagnostic tumoral, s'il s'agit d'un cancer des VADS ou non, sur la date du comité de concertation pluridisciplinaire et la thérapeutique qui pourra être envisagée, car à ce stade, la thérapeutique n'a pas encore été assignée. Le médecin renseignera également sur le pronostic, car il est important de savoir avant de débiter les soins si le pronostic est favorable ou non, sur le comportement du patient, il s'agit de savoir si le patient est bien renseigné sur sa pathologie, sur ses antécédents, et puis sur un certain nombre de renseignements médicaux qui seront utiles pour prendre en charge ce patient. Cette fiche est adressée au

chirurgien dentiste du réseau. Nous avons la même fiche pour un praticien de ville ou pour un praticien d'hôpital.

Un rendez-vous sera pris, par téléphone, chez le chirurgien dentiste par le secrétariat du médecin oncologue.

Le chirurgien dentiste va faire son bilan bucco-dentaire qu'il va retranscrire sur une fiche prévue à cet effet. Il va pouvoir renseigner le médecin oncologue sur l'absence ou la présence de pathologies, sur des gouttières éventuellement à réaliser. Il y a donc un certain nombre de renseignements qui seront déjà donnés au médecin oncologue. Cette fiche est ensuite ré-adressée par le chirurgien dentiste au médecin oncologue.

Le médecin oncologue aura entre temps, pu affiner la thérapeutique qui sera proposée, qu'il renseignera sur une nouvelle fiche. Il sera indiqué dans le cas d'une radiothérapie : le nombre de séances, la dose qui va être reçue, les champs qui vont être inclus ; si c'est de la curiethérapie : la date et la localisation ; si c'est de la chimiothérapie : le début du traitement, s'il existe un risque infectieux, si c'est aplasiant, si cela nécessite un secteur stérile ; également s'il y a une chirurgie : quel type de chirurgie, par exemple pour une bucco-pharyngectomie transmandibulaire, quelle partie tumorale va être intéressée et quelle partie du segment maxillaire va être traitée par la chirurgie. En outre, un cadrant va pouvoir préciser exactement la localisation de la radiothérapie et le nombre de grays qui seront reçus. Le dossier repart ensuite à nouveau chez le chirurgien dentiste.

Le chirurgien dentiste affine alors ses indications. Il va réaliser les extractions, les soins conservateurs, le détartrage, les gouttières, les protections plombées, c'est-à-dire l'ensemble des thérapeutiques qu'il est nécessaire d'accomplir avant la radiothérapie ou la chimiothérapie. Il y a toujours possibilité de déléguer les soins trop lourds au chirurgien dentiste hospitalier ou laisser un message au médecin oncologue en cas de souci quelconque. La fiche repart ensuite chez le médecin oncologue qui sait que tout a été réalisé et qu'il peut maintenant réaliser sa thérapeutique.

Sur le dossier de suivi, et donc sur chaque fiche on trouve une échelle de temps sur laquelle un curseur se déplace animé avec les dates qui ont été renseignées, et permet à tout moment de savoir où nous en sommes et quelle est la date ultime de fin des soins.

Le but de ces fiches de liaison est effectivement d'avoir une première consultation chez le chirurgien dentiste, avant tout traitement anti-cancéreux. C'est loin d'être le cas à ce jour pour les chimiothérapies. A l'heure actuelle, nous découvrons trop souvent ces traitements de manière plus ou moins fortuite quand le patient arrive au cabinet dentaire.

Nous mettons en place des chirurgiens dentistes référents respectant différents critères :

- Le premier est le volontariat. C'est indispensable et c'est ressenti sur le terrain : il y a une réelle valorisation du praticien qui sera considéré comme un acteur à part entière dans la prise en charge du patient atteint de pathologie cancéreuse. Il est important psychologiquement pour le patient qu'il soit suivi par son praticien traitant.
- Le deuxième critère de « sélection » est géographique. Il faut mettre en place un réseau de proximité. Dans un premier temps, nous n'avons la possibilité de fédérer que 120 cabinets dentaires, pour une question de budget. Les praticiens doivent être répartis d'une manière judicieuse pour éviter les déplacements inutiles aux patients.

Par ailleurs, il est indispensable d'avoir reçu une formation dispensée par le réseau ONCODENT sur cette problématique très particulière de prise en charge des personnes, notamment concernant les interactions entre l'état bucco-dentaire et les soins anti-cancéreux.

Et bien sûr, il est nécessaire d'être informatisé, de disposer d'un accès Internet, sinon la fiche de liaison informatique n'aurait pas beaucoup d'intérêt. Mais sachant tout de même que nous avons la possibilité de faire une impression papier de tous les documents, nous n'écarterons pas les praticiens non informatisés.

120 cabinets dentaires sont initialement prévus à titre expérimental dans la Région Lorraine, 47 pour la Meurthe et Moselle dont un médecin stomatologiste, 8 pour le département de la Meuse, 47 pour le département de la Moselle dont un médecin stomatologiste, 16 pour le département des Vosges. Cela représente 10 % des chirurgiens dentistes de ville de Lorraine. Pour l'instant nous avons déjà fait une première réunion dans la Meuse où nous

avons reçu 12 praticiens, et dans les Vosges où nous en avons eu 20, ce qui va bien au-delà de nos espérances.

Parmi les objectifs, nous avons le respect du délai imparti, puisque dans les fiches de liaison, il apparaît un délai de quinze jours dédié à la prise en charge bucco-dentaire, sachant effectivement que les chirurgiens dentistes ne veulent pas retarder le début du traitement anti-cancéreux. Le respect du délai imparti aura une incidence sur le fonctionnement du cabinet, mais pour environ cinq à six patients vus annuellement par praticien, ceci est tout à fait gérable.

Nos tutelles ont pris conscience que la profession est devenue mature afin de lui laisser la possibilité de se structurer elle-même. L'unique but est d'améliorer la qualité de la prise en charge de nos patients. Après cette phase régionale, notre espoir est de mettre en place cet outil sur le plan national. Cette fiche de liaison pourra également être déclinable par la suite dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de cardiopathies ou de diabète.

Pour conclure, il faut toujours avoir conscience que quelque soit l'outil informatique mis en place le réseau de santé est avant tout un réseau humain.

SUIVI DES SOINS DENTAIRES DES CONSULTANTS EN SITUATION DE PRECARITE A L'HOPITAL PUBLIC

Dr Emilie JULIEN

Attachée de consultation - Service d'Odontologie - Centre Hospitalo-Universitaire - Nantes

La première question qui se pose est : qu'est-ce que la précarité ? Elle a été définie par le Conseil de l'Europe en 1987, comme l'absence d'une ou plusieurs sécurités permettant aux familles d'assurer les responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. A l'heure actuelle, les formes de fracture et d'exclusion sociale sont largement diffusées.

Les buts des recherches en santé publique sur la précarité sont, entre autres, de constater les inégalités et d'essayer d'expliquer les conséquences de la

situation sociale des individus dans l'arrivée de leurs problèmes de santé et leurs évolutions.

Pour tenter de remédier à ces difficultés, des structures d'accueil existent telles que le service public hospitalier ou des structures complémentaires, via le bénévolat. Des modèles de prise en charge sont aussi développés, favorisant l'accès aux soins avec la mise en place des Permanences d'Accès aux Soins de Santé, améliorant la prise en charge financière par la création de la Couverture Médicale Universelle, et agissant sur les comportements via la prévention primaire et secondaire.

Dans le domaine odontologique, les études actuelles se limitent le plus souvent à la description de l'état bucco-dentaire et aux soins réalisés. Elles s'intéressent peu au renoncement aux soins, ainsi qu'à l'accès secondaire aux soins dentaires selon la catégorie sociale des usagers. Les constats rapportés notent des différences significatives de l'état bucco-dentaire et de l'hygiène selon les catégories sociales. Il n'existe pas de pathologies spécifiques, pour les populations précaires, mais la fréquence et la gravité de celles-ci sont plus importantes.

Notre étude de « suivi des soins dentaires des usagers pris en charge dans un centre de soins dentaires d'un hôpital public » s'est greffée sur une étude, intitulée « Perte de chance médicale de la clientèle en situation de précarité sociale ou de pauvreté consultant à l'hôpital public » menée, en 2001, dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique du centre hospitalier de Nantes et de Saint-Nazaire.

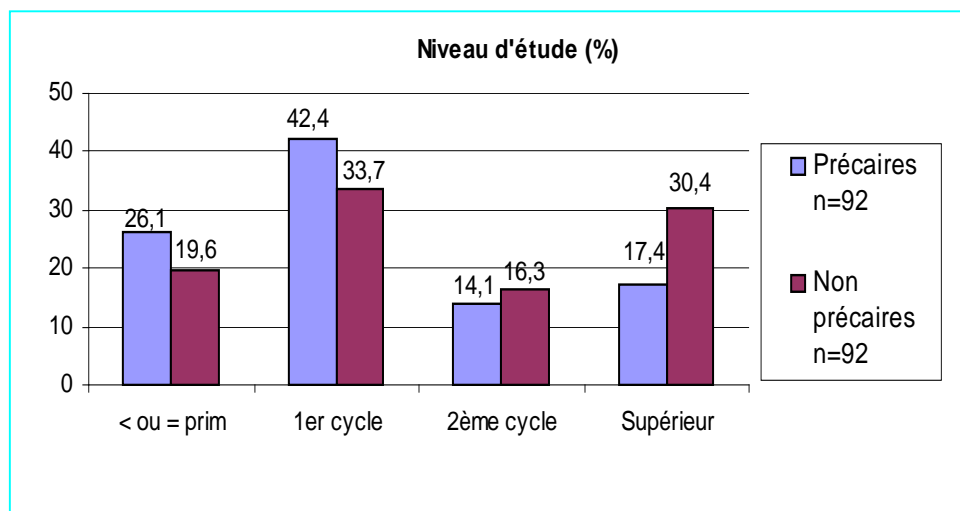
L'hypothèse était qu'il existerait une différence significative quant au comportement et au suivi des soins bucco-dentaires entre un groupe précaire et un groupe non précaire.

Le recueil des informations s'est fait en deux temps, le premier s'intéressant au contexte socio-économique et à l'insertion sociale, et le deuxième temps étant spécifique de l'état bucco-dentaire.

Les sujets précaires et non précaires ont été identifiés à l'aide d'un outil de repérage validé par un groupe d'expert de la PHRC et renseigné par tous les consultants lors de la consultation d'entrée. Il tenait compte de différents facteurs, tels que le fait de bénéficier ou non de la CMUC, d'avoir une mutuelle de santé ou une assurance maladie complémentaire, d'avoir du mal à payer les médicaments ou les examens médicaux, d'être bénéficiaire d'une

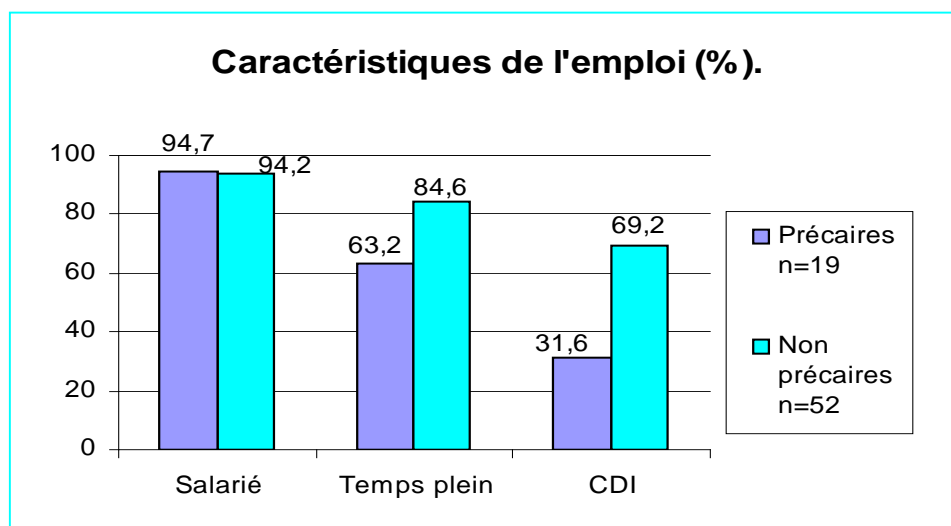
allocation RMI, AAH, API, etc., et d'être à la recherche d'un premier emploi ou d'un emploi depuis plus de six mois. Une règle d'appariement de deux critères sur les cinq permettait de définir le critère de précarité.

Nous avons procédé à une compilation des résultats de l'étude qui nous paraissaient les plus frappants.

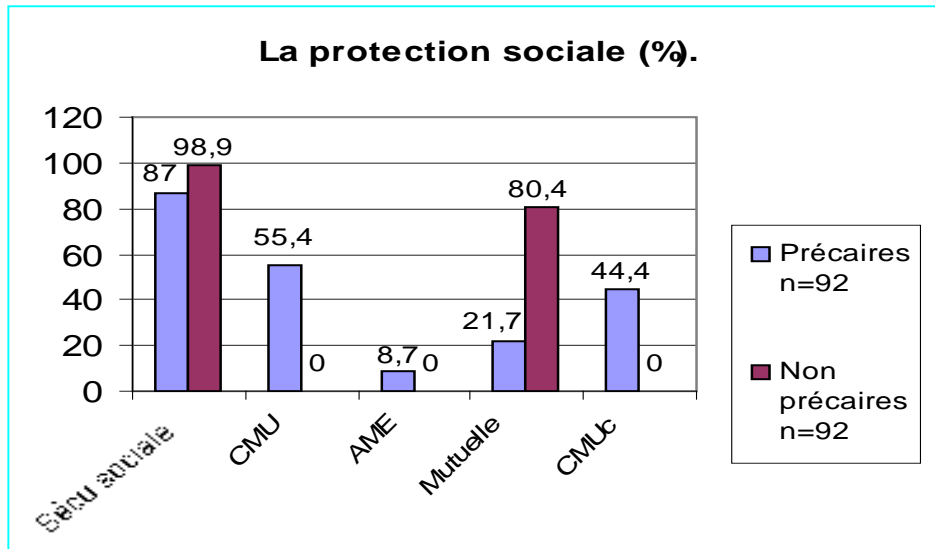


Les sujets non précaires sont plus nombreux à avoir un niveau d'études supérieures, 30,4 % contre 17,4 % chez les précaires. Si l'on considère les niveaux d'études inférieures, il n'y a pas de différence entre ces deux populations.

La proportion de gens en situation de précarité sans activité professionnelle représente pratiquement le double de celle des sujets non précaires sans activité professionnelle, 79,3 % contre 43,5 %. Lorsque les sujets ont un emploi, les CDI sont moins fréquents chez les précaires.

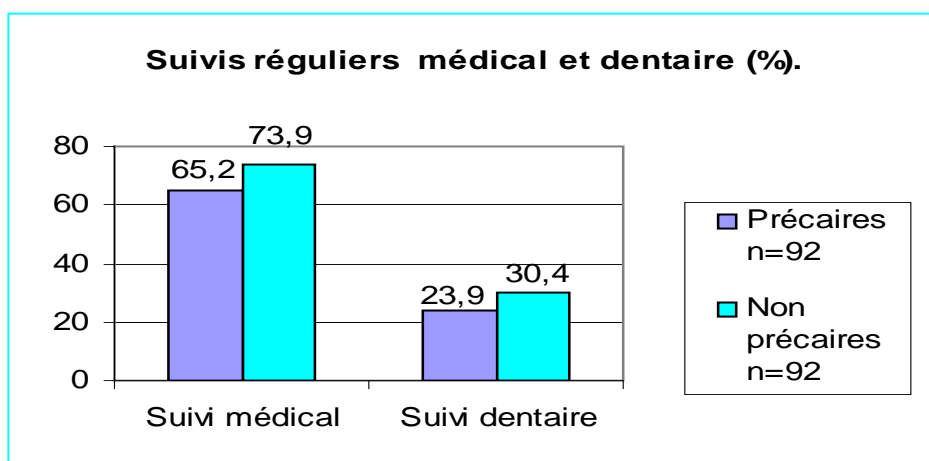


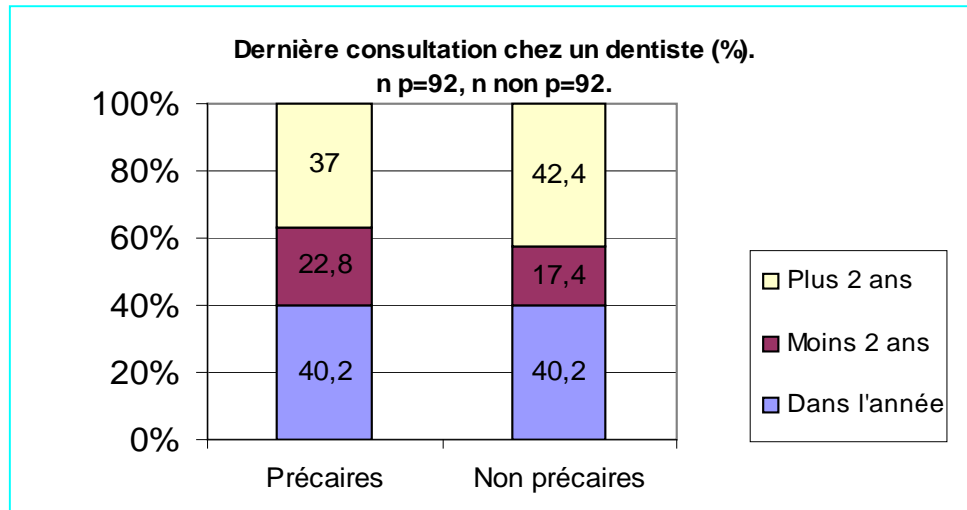
Les consultants précaires sont significativement moins nombreux à bénéficier de la sécurité sociale. Ils sont 87 % chez les précaires, contre 98,9 % chez les non précaires. Les bénéficiaires d'une complémentaire maladie, CMU ou mutuelle, sont plus nombreux chez les non précaires, 80,4 %, que chez les précaires, 66,1 %.



Cet ensemble de variables révèle des différences significatives entre précaires et non précaires. Nous sommes donc bien en présence de deux groupes sociaux différents. Ceci est renforcé par le fait que 50 % des précaires déclarent avoir des difficultés à payer les médicaments ou les examens médicaux.

En première intention, il ressort que les sujets non précaires consultent plus souvent un médecin que les sujets en situation de précarité. Pour ce qui est du suivi régulier par un médecin, les proportions d'individus précaires et non précaires déclarant en bénéficier sont assez proches : 65,2 % des précaires contre 73,9 % des non précaires.





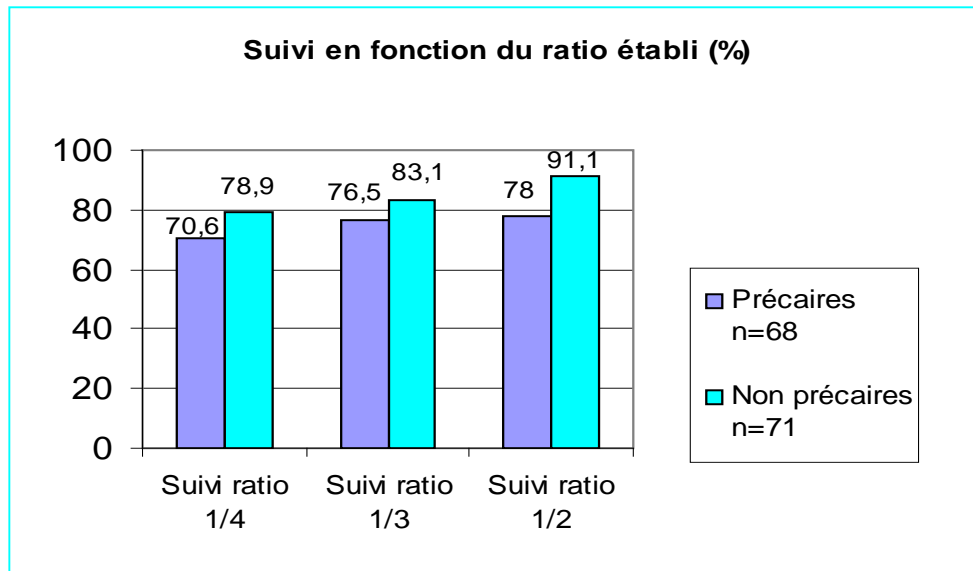
Les proportions de personnes assurant un suivi régulier chez un dentiste sont assez faibles et relativement proches : seulement un quart des individus précaires et un tiers des non précaires. Dans leur globalité, les modalités générales de recours aux soins sont quasiment identiques dans les deux groupes.

Les constats faits sur les habitudes alimentaires et d'hygiène bucco-dentaire vont également dans le même sens. Il ressort qu'un brossage quotidien est plus régulièrement réalisé par le groupe de consultants non précaires, 82,6 %, que par le groupe de consultants précaires, 73,9 %, sans que la différence soit significative. Il en va de même pour les habitudes de grignotage légèrement plus importantes chez les précaires. Il y a donc une similitude de comportement dans les deux groupes.

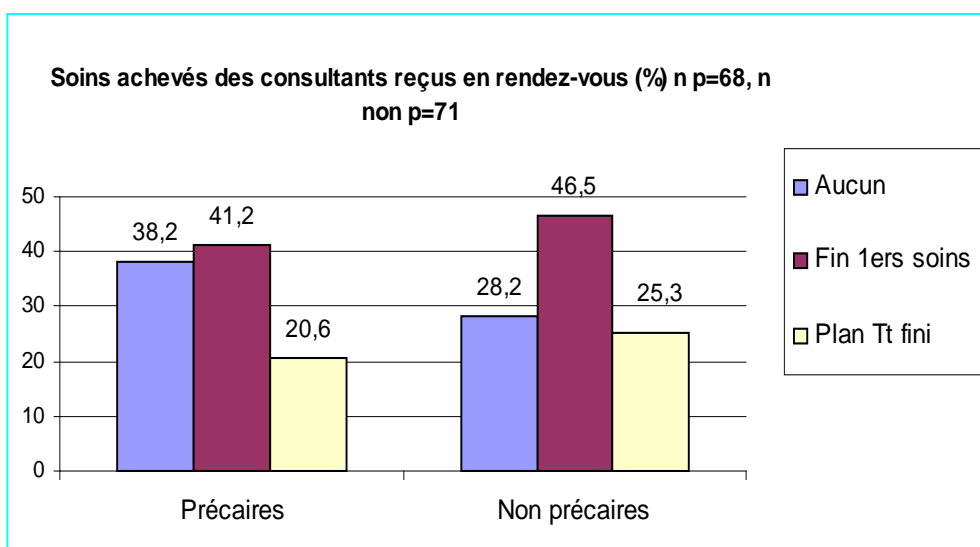
L'étude spécifique des caractéristiques dentaires lors de la consultation d'entrée montre que les proportions de personnes précaires et non précaires vues en urgence sont assez proches, avoisinant les 50 % dans les deux groupes. La nécessité de soins concerne la quasi-totalité des deux groupes, avoisinant 97 % dans chacun d'entre eux. La nécessité de soins de prothèses est également très importante, 82,2 % chez les précaires contre 73 % chez les non précaires, sans différence significative. La demande et les besoins sont donc les mêmes dans les deux groupes.

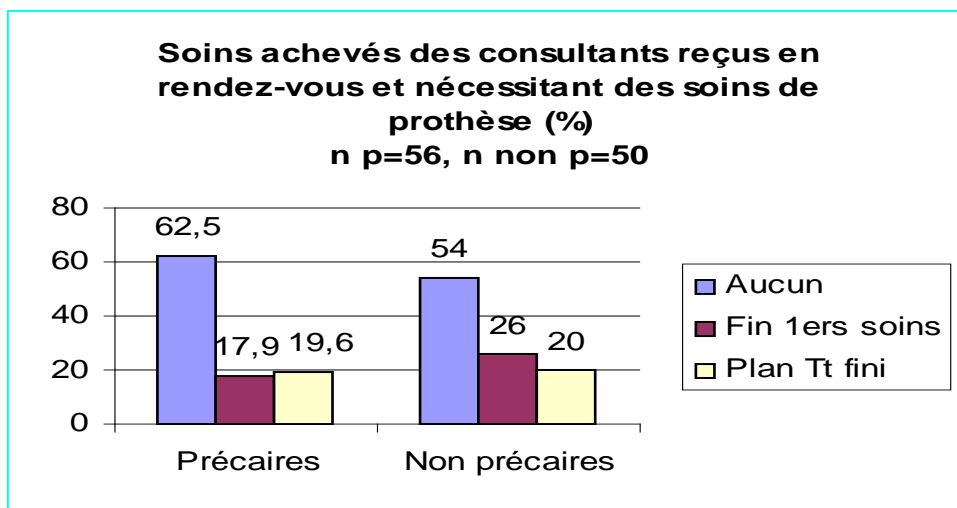
En ce qui concerne le suivi des soins dentaires, nous avons procédé à une étude par ratio, en considérant un rendez-vous manqué sur quatre, un rendez-vous manqué sur trois et un rendez-vous manqué sur deux. Malgré le ratio étudié, le suivi n'est pas très élevé dans les deux groupes, résultant d'un absentéisme assez important. Ainsi, pour un rendez-vous manqué sur quatre, 39,4 % des

précaires n'assurent pas de suivi contre 21,1 % chez les non précaires, cependant, une fois encore, sans différence significative. La différence ne se révèle que pour un ratio établi à un sur deux, ce qui est absolument intolérable avec une pratique correcte de la dentisterie.



Si nous considérons les soins réalisés ou achevés pour les personnes reçues en rendez-vous, nous constatons que seulement 41,2 % des sujets précaires et 46,5 % des non précaires finissent leurs premiers soins. Les plans de traitement, eux, ne sont suivis que par 20,6 % des précaires et 25,3 % des non précaires. Ces valeurs sont donc très proches.





Pour ces mêmes groupes réduits aux personnes nécessitant des soins de prothèses, les taux de premiers soins réalisés sont en baisse, mais toujours voisins entre les deux groupes, 17,9 % chez les précaires contre 26 % chez les non précaires. Les taux de traitements finis restent stables et équivalents dans les deux groupes sociaux.

Ceci révèle une fois de plus la similitude des besoins et des comportements dans les deux groupes.

Nous pouvons donc conclure à l'existence de deux groupes socio-économiques bien distincts, malgré quelques chiffres étonnants et une véritable proximité des comportements face aux soins. Il serait facile et aisé de mettre en évidence des explications à cela. La première serait une peur mythique du dentiste, entraînant une frilosité vis-à-vis des soins. La seconde, plus réaliste dans le cadre d'un service hospitalier, serait l'existence d'un décalage social d'une partie de la population, dite non précaire, qui se révélerait très proche d'une situation de précarité. Nous nous retrouvons donc face à une culture médicale absente, reniée ou modifiée quelle que soit la catégorie sociale.

LES SOINS DENTAIRES DANS LE CADRE DE LA CMU COMPLÉMENTAIRE EN REGION ILE DE FRANCE

Dr François DUFOUR

Chirurgien dentiste conseil chef de service - Echelon local du service médical de Seine-Saint-Denis - CNAMTS

Les objectifs de cette étude étaient triples : décrire la consommation de soins bucco-dentaires des bénéficiaires de la CMU complémentaire et la comparer à celle de la population générale ; procéder à une analyse médicale des soins dispensés à la population bénéficiaire de la CMU complémentaire ; recueillir l'avis des principaux acteurs du système : les bénéficiaires, les praticiens traitants et les services sociaux.

L'analyse de la consommation des soins a été réalisée sur la population du régime général. Les consommations de soins bucco-dentaires de deux populations ont donc été comparées, la population des bénéficiaires CMUC qui s'élevait à 83 731 personnes et la population générale, dont les bénéficiaires de la CMUC, qui atteignait 1 181 370 personnes, sur la base des prestations dentaires remboursées par l'assurance maladie au premier trimestre 2002.

Le taux de recours aux soins dentaires est de 11,7 % dans la population générale et de 10,7 % pour la population CMUC sur un trimestre. Nous avons donc un taux de recours inférieur en CMUC à celui de la population générale.

La consommation féminine en soins est plus importante avec 56,2 % de femmes dans la population générale et 55,9 % en CMUC, chiffres globalement comparables, et que l'on retrouve assez classiquement dans tous les chiffres de consommation bucco-dentaire.

On remarque également une consommation plus précoce en CMU complémentaire, avec un recours aux soins plus élevé avant 50 ans.

67 % de bénéficiaires de la population CMUC, qui ont reçu des soins, ont bénéficié de soins conservateurs contre 68,1 % de bénéficiaires de la population générale. En soins conservateurs, nous n'avons donc pas une différence significative.

En revanche, 18,2 % de la population générale a eu des soins de prothèses contre 12,7 % pour la population CMUC. De même en ODF, pour laquelle nous avons pris la tranche d'âge 10-19 ans, 31,9 % de cette classe d'âge, qui a reçu

des soins, a reçu des soins d'ODF en population générale, contre seulement 15,2 % en population CMUC.

Pour les consultations, nous constatons des chiffres inversés : 42 % en CMUC et 33,6 % pour la population générale.

Tous actes confondus, la population générale a eu recours aux professionnels libéraux dans 86,3 % des cas, contre 64,8 % pour la population CMUC. Pour le recours aux établissements (dans cette enquête il s'agit essentiellement des centres de santé), c'est le contraire : population CMUC 29,6 % et population générale 12,2 %. La population CMUC s'oriente donc plus vers les établissements.

Si nous regardons par nature des soins, nous relevons qu'en soins conservateurs, la population CMUC a recours à 25,8 % aux établissements contre 10,3 % pour la population générale et en prothèse à 32,5 % contre 9,1%. Pour tous les actes, nous constatons cette différence : actes chirurgicaux, radiographie, consultations, avec la différence la plus marquée pour les actes d'orthopédie dento-faciale. 48,8 % des bénéficiaires de soins CMUC, qui ont eu des traitements d'orthopédie dento-faciale, ont eu recours aux établissements, contre 11 % pour la population générale.

Le nombre moyen d'actes et le coefficient moyen par bénéficiaire sont supérieurs en CMUC. Pour les actes en soins conservateurs, nous avons une différence de + 23,1 % en libéral et de + 15,7 % en établissement. En prothèses, c'est l'inverse : + 5 % en libéral et + 18,2 % en établissement. Pour les coefficients, nous retrouvons les mêmes ordres de grandeur.

Les bénéficiaires CMUC ont eu un recours aux soins un peu moins important mais en revanche un pourcentage et un nombre d'actes et de coefficients moyens supérieurs à ceux de la population générale.

De plus, un phénomène de concentration de l'offre de soins en secteur libéral a été remarqué. Nous avons pris le premier quartile d'activités des praticiens libéraux, c'est-à-dire les 25 % de praticiens libéraux qui avaient fait la plus grosse activité pour une population donnée. Nous nous apercevons que 25 % des praticiens réalisent 46,9 % des actes dispensés en population générale et que 25% des praticiens réalisent 75,2 % des actes dispensés en population CMUC. Il y a donc un phénomène de concentration au niveau des praticiens qui réalisent les actes en population CMUC que l'on ne retrouve pas dans les établissements.

L'analyse médicale des soins dispensés a été faite à partir de l'examen de 1 122 patients. Le premier constat est un taux d'absence au rendez-vous pour l'examen élevé (62,6 %). Récemment nous avons mené une enquête sur la santé dentaire des patients diabétiques dans le cadre de l'URCAM Ile-de-France. Nous avons eu 60 % de patients présents. Il y a donc eu, par rapport aux enquêtes que nous menons habituellement, une différence de présence des patients aux convocations du service médical.

Nous avons constaté une persistance de besoins en soins : inflammation gingivale, détartrage nécessaire, pathologie ATM. Nous les avons comparés avec les résultats des centres d'examens de santé en 1997 qui figurent notamment dans la thèse qui a été écrite par le docteur HASSOUN, publiée par le CREDES en 1998 sur la précarité et l'état de santé bucco-dentaire. Les chiffres étaient plus élevés sur les populations qui étaient vues en centre d'examens de santé, mais nous sommes dans des chiffres globalement comparables, si nous tenons compte du fait que nous sommes dans le cadre de populations qui sont en soins.

La qualité des soins a été étudiée par rapport à des critères habituellement utilisés lors d'enquêtes comparables : les critères de risque pour l'adaptation marginale, morphologie, occlusion... en fait un certain nombre de critères de qualité des soins dispensés, convergent avec ceux des publications de l'ANDEM sur les traitements endodontiques. Nous avons constaté des taux de conformité voisins de 80 %, identiques à ce qui est habituellement constaté dans les études de qualité des soins réalisées par le service médical. Il n'y a donc pas de différence de qualité entre les soins prodigués aux populations CMUC et les soins dispensés à l'ensemble de la population.

Le recueil de l'avis des acteurs du système, et notamment des bénéficiaires, constituait le troisième volet de l'étude.

Le premier point positif concerne les patients qui sont en cours de soins dentaires : 40,5 % des patients consultent plus souvent un chirurgien dentiste depuis l'instauration de la CMU ; Pour 23 % d'entre eux, le fait d'avoir la CMU les a incités à bénéficier de soins dentaires, pour 16 % à faire réaliser des prothèses. Mais 14,4 % ont estimé avoir eu des difficultés d'accès aux soins.

Pour recueillir l'avis des praticiens traitants chaque praticien conseil a contacté les cinq praticiens traitants qui avaient eu le plus de patients concernés par les examens cliniques de l'étude. Ainsi 251 praticiens ont été

rencontrés sur l'ensemble de la région Ile-de-France. La première difficulté mise en exergue est l'absence des patients aux rendez-vous (84,5 %) avant les questions de tarification (72,5 %) ou de limitation du panier de soins (48,2 %), notamment la possibilité de faire des actes hors nomenclature. Les difficultés administratives ont été relevées dans 43,4 % des cas, en ce qui concerne surtout l'affiliation des patients. En outre l'impossibilité de demander des acomptes en prothèse a pu poser problème, entre autres, lorsque le patient ne se présentait pas pour la pose de la prothèse (41,8 %).

Les responsables départementaux des services sociaux de l'Assurance maladie ont insisté sur trois points : un développement indispensable de l'éducation pour la santé comme point fort et essentiel ; les difficultés de recours aux soins, notamment en prothèse et en ODF ; l'existence de dépassements d'honoraires.

En conclusion, il ressort : comme constat essentiel de l'analyse conjointe de l'ensemble des acteurs du système, un fort besoin d'éducation en santé; une demande d'accompagnement de la gestion administrative; un panier de soins limitatif pouvant conduire à des renoncements ; un accès aux soins fortement orienté vers les établissements pour la prothèse et surtout l'orthopédie dento-faciale ; un dispositif qui permet un accès à des soins dentaires de qualité.

**PREVENTION DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE :
LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE SUIVI BUCCO DENTAIRE
DES POPULATIONS A RISQUE SONT-ELLES APPLIQUEES ?**

Dr Martine GUILLAUD

Chirurgien dentiste conseil chef de service- Caisse Maladie Régionale des Alpes - CANAM

Le travail présenté a été réalisé à la CMR des Alpes, caisse du régime d'assurance maladie obligatoire qui couvre les travailleurs indépendants de quatre des huit départements de la région Rhône Alpes (Drôme, Isère, Savoie, Haute Savoie).

L'endocardite infectieuse se définit comme « la greffe et la multiplication d'un agent infectieux (bactérie ou fongique) au niveau de l'endocarde valvulaire suite à une bactériémie ». C'est un véritable problème de santé publique.

Deux études ont été réalisées en France, l'une en 1991 et l'autre en 1999 et publiée dans le *JAMA* en 2002. Son incidence annuelle standardisée sur l'âge et sur le sexe est estimée à 3,1 pour 100 000 habitants. Cela représente 1 500 nouveaux cas annuels.

C'est une maladie grave dont la prise en charge est onéreuse avec une durée d'hospitalisation moyenne de 47 jours et une mortalité élevée puisqu'elle atteint pratiquement 17 % des patients, à la phase initiale hospitalière, soit près d'un patient sur cinq. Il existe une origine dentaire supposée dans 10 à 20 % des cas, soit de 15 à 37 endocardites infectieuses pour la région Rhône Alpes.

La prophylaxie de l'endocardite infectieuse a fait l'objet d'une conférence de consensus en 1992, réactualisée en 2002, qui porte sur six recommandations. La première recommandation définit trois groupes à risque d'endocardite :

- Le groupe à haut risque, ou groupe A qui comporte les patients porteurs de prothèses valvulaires, les patients atteints de cardiopathie congénitale cyanogène, ou les patients ayant eu des antécédents d'endocardite infectieuse,
- Le groupe à risque moins élevé, ou groupe B qui comprend les valvulopathies, le prolapsus de la valve mitrale, la bicuspidie aortique, les cardiopathies congénitales non-cyanogènes sauf les communications auriculaires, et les cardiomyopathies hypertrophiques obstructives avec souffle à l'auscultation,
- Le groupe dit à faible risque qui inclut toutes les autres cardiopathies.

La deuxième recommandation insiste sur l'importance des mesures d'hygiène et recommande un suivi bucco-dentaire bi-annuel.

La troisième recommandation détermine les gestes concernant la cavité buccale : les gestes contre-indiqués, les gestes indiqués avec ou non nécessité d'une antibioprofylaxie en fonction du groupe à risque du patient.

La quatrième recommandation définit les gestes à risque autres que bucco-dentaires, et particulièrement les gestes ORL, digestifs et urologiques.

La cinquième propose un carnet de suivi et une évaluation épidémiologique pour les patients de groupe A et de groupe B.

La sixième porte sur les modalités d'antibioprophylaxie (avec une dose d'amoxicilline passée de 3g - recommandations de 1992 - à 2g pour les patients de poids inférieur à 60 kg -recommandations de 2002).

Les objectifs de notre travail étaient doubles :

1. Evaluer l'application des recommandations issues de la conférence de consensus de pathologie infectieuse portant sur le suivi bucco-dentaire et la pratique de l'antibioprophylaxie en fonction du risque du patient et des gestes bucco-dentaires ;
2. Etudier les déterminants de l'antibioprophylaxie.

Population et méthode

Pour évaluer l'application des recommandations, la population étudiée est celle des patients couverts par la CMR des Alpes, en affection de longue durée et exonérés du ticket modérateur pour valvulopathie ou cardiopathie congénitale jusqu'au 31/12/2000. Seuls les patients de groupe A et de groupe B ont été étudiés.

De façon à classer les patients en groupe A ou en groupe B, selon les tableaux issus de la conférence de consensus, nous avons utilisé le dossier médical informatique du patient, ainsi que le protocole d'examen spécial rédigé par le médecin traitant lors de la demande d'exonération du ticket modérateur.

Matériel étudié

Pour le premier objectif, l'étude a porté sur les prestations ambulatoires (soins dentaires et antibiotiques) exécutées et remboursées durant les années 2001 et 2002, soit 24 mois. Pour l'antibioprophylaxie, les actes effectués ont été agrégés en séquence de soins. Une séquence de soins correspond à un ou plusieurs actes réalisés le même jour pour un patient donné et dont le remboursement a été présenté à l'assurance maladie.

Pour le second objectif, une synthèse des déterminants a été établie à partir de la littérature, comme par exemple l'étude sur les antibiotiques publiée par l'Agence du médicament en 1998.

Les facteurs retenus correspondent à ceux issus de cette synthèse, mais comprennent aussi des facteurs liés au contexte.

Tous les facteurs étudiés proviennent de nos seules bases de données et ont été regroupés en trois catégories : les facteurs socio-démographiques (âge, sexe et résidence du patient, sexe et résidence du praticien); les facteurs médicaux (groupe à risque, ancienneté de l'ALD du patient) et les facteurs de soins (année et type de soins : non invasifs ou invasifs - les soins dits invasifs comprenaient les soins chirurgicaux, les actes de détartrage et les soins endodontiques).

Résultats

La population étudiée comportait 260 patients, 102 de groupe A et 158 de groupe B. L'ancienneté de l'ALD était variable, en moyenne de 5,5 années, avec un maximum proche de 20 ans.

Le protocole d'examen spécial, rédigé par le médecin et étudié à partir de 1999, pour des raisons d'archivage, n'a permis de trouver qu'une seule fois parmi les 121 protocoles la mention de suivi dentaire.

a - Application des recommandations

En terme de suivi bucco-dentaire :

Seulement 23 % des patients ont eu au moins un suivi bucco-dentaire annuel (c'est à dire au moins un acte dentaire remboursé par l'assurance maladie) alors que les recommandations préconisent un suivi bi-annuel.

Au niveau de l'antibioprophylaxie :

366 séquences de soins ont été réalisées au cours des vingt-quatre mois étudiés : 149 séquences invasives, 217 non invasives.

Pour les patients de groupe A, l'antibioprophylaxie, recommandée pour les séquences invasives, a été retrouvée pour 16 % des cas.

Pour les patients de groupe B, l'antibioprophylaxie reste optionnelle pour les patients de moins de 65 ans lors de séquences invasives. Elle a été retrouvée pour 22 % des cas.

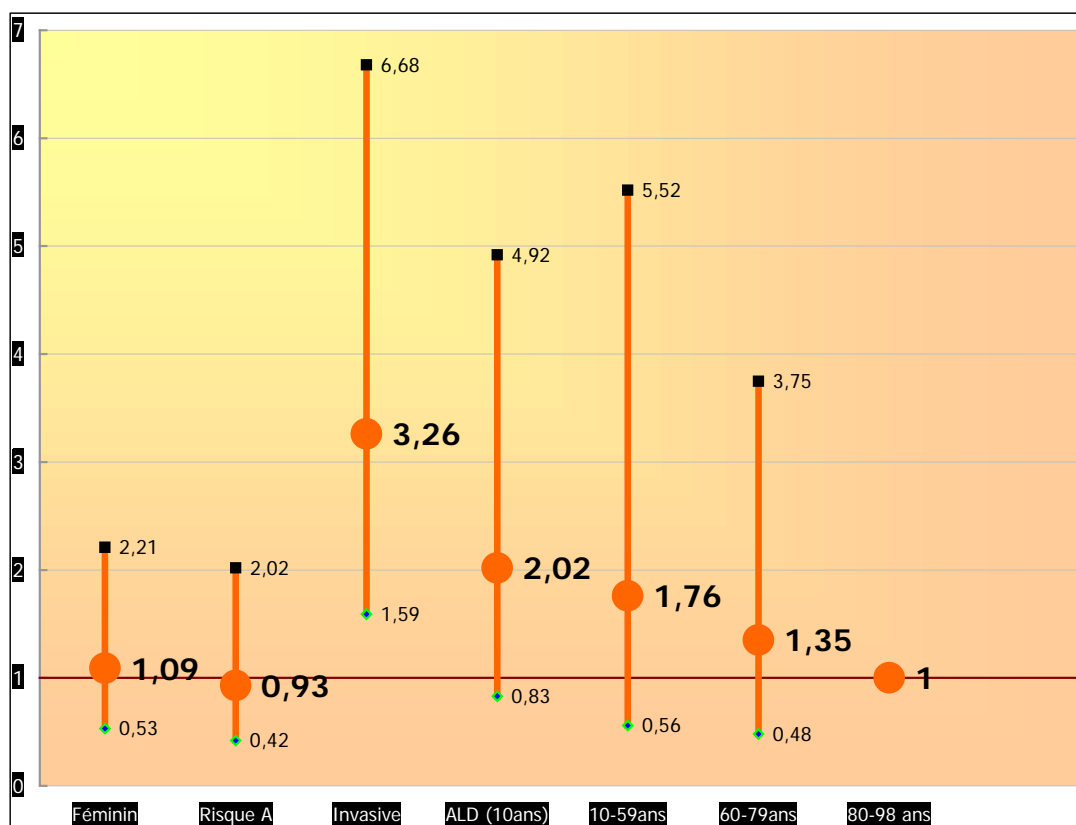
Quant aux séquences non invasives, l'antibioprophylaxie n'est pas recommandée, mais elle a été identifiée dans 6 % des cas.

b - Les déterminants

Pour la recherche des déterminants de l'antibioprophylaxie, une régression logistique a permis d'étudier la relation entre la présence d'une antibioprophylaxie lors d'une séquence de soins et les variables dépendantes retenues : le sexe, le risque, la séquence invasive de soins, l'ALD par effet de 10 ans et les tranches d'âge divisées en terciles pour des raisons d'effectifs semblables au sein de ces trois classes.

L'étude montre, après ajustement sur les autres variables, que le caractère invasif des séquences de soins est nettement associé à la présence d'une antibioprophylaxie, l'odds ratio est de 3,26.

Facteurs associés à l'antibioprophylaxie lors de la réalisation d'une séquence de soins buccodentaires



Pour les facteurs : sexe et risque, il n'existe pas de différence significative. Ce résultat n'est pas surprenant pour le risque étant donné le caractère optionnel de l'antibioprophylaxie pour les patients de groupe B. Quant à l'ALD, avec un odds ratio de 2 et un intervalle de confiance allant de 0,8 à 4,9, il est

possible que notre étude ait manqué de puissance pour arriver à montrer la significativité de l'ALD.

Enfin pour les tranches d'âge, l'odds ratio à 1 pour la tranche de référence 80-98 atteint 1,76 pour la tranche 10-59. Ainsi plus le patient est jeune, plus l'association avec l'antibioprophylaxie est forte. Pourtant aucune significativité n'a pu être mise en évidence probablement par manque de puissance.

Suite à cette régression logistique, nous avons étudié la probabilité d'une antibioprophylaxie estimée par le modèle. Les trois variables les plus importantes ont été conservées, les deux autres ayant été prises à leur valeur moyenne.

Probabilité d'une antibioprophylaxie estimée par le modèle

		Ancienneté ALD		10 ans		20 ans	
		aucune					
Séquence invasive		non	oui	non	oui	non	oui
	Age	10 - 59	4,8	14,3	9,3	25,2	17,2
60 - 79		3,7	11,3	7,3	20,4	13,7	34,2
80 - 98		2,8	8,6	5,5	16,0	10,5	27,7

Les résultats montrent qu'en fonction de l'âge, la probabilité estimée par le modèle de bénéficier d'une antibioprophylaxie augmente chez les patients jeunes. Au niveau de l'ALD, cette probabilité double avec l'ancienneté de l'ALD (effet par tranche de 10 ans). Quant à la nature de la séquence de soins, la probabilité estimée par le modèle de bénéficier d'une antibioprophylaxie triple quand on passe d'une séquence non invasive à invasive.

Ainsi chez un patient âgé avec une ALD récente et une séquence invasive, cette probabilité est de 8,6% alors qu'elle passe à 40,5 % pour une ALD de 20 ans d'ancienneté avec séquence invasive chez un patient jeune.

Discussion

Bien entendu, ce travail présente des limites.

Tout d'abord, il aurait été intéressant que les recommandations abordent le problème des édentés. Vu l'âge moyen des patients en ALD (65 ans), porteurs de valves, l'édentation n'est certainement pas rare. Nous nous posons la question de savoir si ces patients édentés doivent avoir le même suivi que les patients dentés, à savoir un suivi bi-annuel, et s'ils présentent les mêmes risques. Les réponses ne figurent pas dans les recommandations actuelles.

Concernant les prestations dentaires, notre travail a porté sur les seules bases de données. Comme toutes bases de données, elles présentent des limites qualitatives. Par ailleurs, le codage des actes actuels ne nous permet pas de qualifier exactement l'acte hors nomenclature et voire même de repérer les actes contre-indiqués. Je citerai entre autres les soins endodontiques : il est impossible de savoir, uniquement à partir de notre base, si l'acte correspond à un retraitement canalaire sans interroger le praticien.

Les soins dentaires hospitaliers ont été exclus de l'étude réalisée. Néanmoins le CHU de Grenoble nous a affirmé que les soins dentaires post-opératoires étaient, en très grande majorité, effectués en milieu libéral.

Au niveau de la délivrance des antibiotiques, 13 % de délivrances n'ont pas pu être rattachées à une séquence de soins. Ces antibiotiques étaient-ils liés à des actes hors nomenclature non enregistrés dans la base de données de l'Assurance maladie ? Le délai arbitraire de quinze jours retenu pour la délivrance préalablement à l'acte était-il insuffisant (un délai maximum de 58 jours a été retrouvé) ?

D'autres problèmes ont été rencontrés au niveau des délivrances. Des délivrances postérieures à l'acte ont été retrouvées : étaient-elles curatives ou quand même prophylactiques ? Etant donné la faible posologie, l'antibiotique serait-il remis directement par le praticien au patient et ces délivrances correspondraient-elles à la rétrocession d'une boîte d'antibiotique par le patient au praticien ?

Enfin, au niveau des déterminants, les facteurs liés à l'application des recommandations n'ont pu être abordés étant donné l'approche à partir de nos seules bases de données.

Conclusion

Il ressort de ce travail une insuffisance d'application des recommandations. Seuls 23 % des patients à risque ont un suivi annuel, alors qu'un suivi bi-annuel est recommandé (résultats à nuancer par l'absence d'information concernant les édentés) et l'antibioprophylaxie est retrouvée pour seulement 16 % des séquences invasives chez des patients de groupe A, alors que ces patients présentent un risque majeur d'endocardite infectieuse.

Par ailleurs, les déterminants étudiés montrent que la probabilité d'une antibioprophylaxie diminue avec une mise en ALD récente, et augmente chez les patients jeunes.

De tels résultats ne semblent pas satisfaisants.

Ainsi, il paraît indispensable de sensibiliser tous les acteurs : le médecin dès la rédaction du protocole d'examen spécial, le chirurgien dentiste à l'application des recommandations ; et bien entendu le patient qui doit connaître son risque et doit pouvoir adhérer.

C'est pourquoi je finirai cette présentation avec la citation de Konrad Lorenz (prix Nobel 1973 en physiologie des comportements) : « *Quand je dis quelque chose, cela ne veut pas dire que le patient écoute. S'il écoute, cela ne veut pas dire qu'il comprend. S'il comprend, cela ne veut pas dire qu'il est d'accord. S'il est d'accord, cela ne veut pas dire qu'il va faire ce que je lui dis de faire. S'il le fait, cela ne veut pas dire qu'il va continuer à le faire.* »

PROJET DE FORMATION PROGRESSIVE DE PROFESSIONNELS AUXILIAIRES DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE AU MAROC

Mr Samir NOURY

Enseignant - Ecole d'Hygiénistes Dentaires - Genève

Le rapport de l'OMS, sur la santé bucco-dentaire dans le monde pour l'année 2003, précise que les maladies bucco-dentaires peuvent être qualifiées de problèmes de santé publique majeurs en raison de leur prévalence et de leur incidence élevées. Le même rapport précise aussi que, comme toutes les

maladies, les maladies bucco-dentaires atteignent principalement les populations défavorisées et socialement marginalisées.

Généralement les pays industrialisés ont enregistré ces dernières années une nette amélioration dans leur santé bucco-dentaire, parce que l'accent a été mis non seulement sur les besoins de traitements, mais aussi sur des programmes de prévention.

Je citerais à titre d'exemple le cas de la Suisse. Au début des années 1970 le CAO à 12 ans se situait entre 5 et 7. A la fin des années 1980, ce même indice avait chuté pour passer à 2, voire 1 dans certains cantons. La baisse de caries en Suisse chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes a été impressionnante. Il ne faut cependant pas oublier que derrière de tels résultats se cache un système éducatif efficace, avec des programmes de prévention dans les écoles et des mesures collectives telles que la fluoruration du sel ou de l'eau.

Dans les pays moins favorisés, qualifiés de pays en développement, les systèmes de santé sont encore trop souvent basés sur les seuls besoins de traitement, alors que la prévention, en tant qu'ensemble de mesures préventives contre les risques, est un domaine très peu développé pour ne pas dire inexistant. L'exemple le plus saisissant est l'extraction des dents cariées en raison de la douleur ou de la gêne provoquée en lieu et place des traitements conservateurs. Les résultats sont alarmants : une population adulte édentée. Or des bouches édentées sont un véritable obstacle à l'insertion.

La situation dentaire au Maroc a connu des étapes importantes, particulièrement durant les années 1980 et 1990. En effet, la création de deux facultés dentaires à Rabat et à Casablanca a constitué un jalon déterminant dans le développement de ce secteur. Ceci a permis de pallier le manque de dentistes à l'échelle nationale. Mais au-delà des bonnes intentions de mener un politique de développement dans le domaine de la santé bucco-dentaire, la réalité confirme la dégradation de la santé bucco-dentaire de la population.

Cette dégradation est liée à de nombreux facteurs : des attitudes et des pratiques nocives pour la santé bucco-dentaire qui n'est pas perçue comme une priorité par la population, les dents étant considérées comme un organe mineur du corps ; un coût relativement élevé des produits d'hygiène dentaire pour de nombreuses tranches de la population ; la quasi-inexistence de professionnels

auxiliaires de la santé bucco-dentaire ; l'absence de couverture sociale de la très grande majorité de la population.

Les soins réservés aux maladies bucco-dentaires dans les secteurs dits hôpitaux publics, ainsi que la prévention et l'hygiène en la matière constituent le parent pauvre, pour ne pas dire occulté, dans la politique de santé et dans le budget alloué à la santé, car considérés non prioritaires par rapport aux besoins dans les autres secteurs.

Les cabinets dentaires privés, en tant que palliatifs, sont insuffisants en nombre et inégalement répartis géographiquement, et surtout les soins qu'ils dispensent sont très coûteux et représentent un luxe inaccessible pour le citoyen, dont l'enfant en particulier.

Un rapport du ministère de la Santé publique marocain, publié en 1999, a mis en évidence un déficit de praticiens, alors que les besoins sont croissants, et une inégalité de répartition géographique de ceux-ci. Cette dernière est encore plus accentuée que celle des médecins.

Ce même rapport dénombrait 2 260 dentistes pour 30 millions d'habitants. Le nombre d'habitants par dentiste est d'environ 13 000. 56 % des dentistes exercent dans le seul axe Casablanca-Rabat, les deux grandes villes du royaume. Seulement 124 dentistes exercent dans les structures publiques, soit un dentiste pour 220 000 habitants.

Il n'y a pas de formation aux métiers d'auxiliaires en santé bucco-dentaire. Seuls les dentistes sont formés dans deux facultés dentaires. Aucune autre discipline n'est dispensée. Le secteur privé n'offre aucune formation en la matière en dehors de la formation du mécanicien ou technicien dentiste.

Une enquête épidémiologique, citée dans le même rapport, a trouvé une prévalence de la carie de 72 % à 12 ans, 82,5 % à 15 ans et de 97,7 % pour la tranche d'âge 35-44 ans. Le CAO est de : 2,5 à 12 ans ; 4,3 à 15 ans ; 12,7 pour la tranche d'âge 35-44 ans. La composante C est dominante à l'âge de 12 et 15 ans, alors que chez les adultes de 35 à 44 ans c'est la composante A.

L'état parodontal et l'étendue moyenne des atteintes parodontales sont alarmants. La prévalence de l'atteinte parodontale est de 62,5 % à l'âge de 12 ans, de 71,2 % à l'âge de 15 ans, 88 % pour la tranche d'âge 35-44 ans.

Seulement 12 % des enfants de 12 ans, 16,4 % des adolescents de 15 ans ont déjà consulté, contre 77,1 % des adultes entre 35 et 44 ans.

40,6 % des enfants de 12 ans, 55 % des adolescents de 15 ans et 71 % des adultes de 35 à 44 ans se sont adressés à des praticiens non diplômés.

Pour les trois tranches d'âge le motif de la première consultation a été principalement l'urgence : 68,6 % à 12 ans, 61,9 % à 15 ans, et 87,7 % pour les 35-44 ans.

Face à une telle situation et pour répondre à un besoin évident, il est impératif de procéder à l'amélioration de la prise en charge de la santé bucco-dentaire et de la qualité des prestations curatives et promotionnelles. Pour combler la pénurie des professionnels de la santé bucco-dentaire, il serait judicieux d'envisager de promouvoir, soutenir, coordonner toutes les activités qui améliorent la situation bucco-dentaire, en créant de nouvelles filières auxiliaires et complémentaires telles qu'il en existe dans certains pays avancés, à savoir les assistants dentaires qualifiés, les aides en prophylaxie et les hygiénistes dentaires.

Nous avons donc procédé, dans le cadre d'une cellule de recherche universitaire à l'Institut de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine, au développement de deux projets visant à la promotion de la santé bucco-dentaire au Maroc :

- Une politique de promotion de la santé bucco-dentaire dans les écoles.

Le but est d'intégrer l'hygiène bucco-dentaire dans le cursus pédagogique de l'enseignement primaire. Pour cela une action pilote a été menée sur place dans deux écoles. Nous avons formé des enseignants, des élèves, des parents ; tout un matériel pédagogique a été conçu. Cette expérience a été reproduite au Cameroun et est en cours de réalisation au Qatar.

- Un projet de formations progressives de professionnels auxiliaires de la santé bucco-dentaire.

Ces métiers et ces formations sont inexistantes à ce jour. De plus aucune structure de formation actuelle, voire à venir, n'existe dans le cursus d'enseignement public ou privé.

Pour ce faire, en collaboration avec l'Institut de médecine sociale et préventive, la faculté dentaire et l'Ecole d'hygiéniste dentaire de Genève, nous comptons élaborer un plan de projets répondant aux besoins de la population marocaine, de manière à réaliser sur l'ensemble du territoire marocain un encadrement équilibré en matière de santé bucco-dentaire. Nous accorderons une priorité particulière aux régions qui souffrent d'un sous-encadrement médico-dentaire, pour que des professionnels soient à même de continuer le travail et l'effort du dentiste consulté dans une ville lointaine. L'objectif est donc de surveiller, dépister, conseiller, inculquer en tant que réflexe conditionné la prévention et l'hygiène dentaire.

En avril, un voyage au Maroc a été effectué pour présenter l'idée du projet à un ensemble de cadres supérieurs du ministère de la Santé publique et les sensibiliser avant d'arriver au niveau des instances politiques. Le dénominateur commun à tous ces contacts a été une volonté de communication. L'idée du projet a non seulement été bien reçue, mais adoptée par tous les interlocuteurs qui ont félicité l'initiative et se sont montrés très réceptifs aux arguments développés.

« Oui pour la coopération avec la faculté de médecine de Genève que nous percevons comme une aide d'un pays ami à inscrire dans le cadre de l'aide Nord-Sud, qui viendrait combler le vide et le besoin en la matière », a déclaré M. Khalid RGUIBI, chef du cabinet du ministre de la Santé publique, qui a donné des recommandations au reste des cadres pour apporter toute l'aide et l'appui nécessaires pour mener à bien cette réflexion vers des horizons plus concrets.

A notre sens, il y a lieu de croire que ces contacts furent encourageants, compréhensifs de la longue tâche à laquelle nous nous attachons.

DEBAT

Dr Sophie EMMANUELLI,

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

Ma question s'adresse à la fois à François DUFOUR et à Emilie JULIEN, puisque tous les deux vous parliez d'une population dite précaire, même si les définitions peuvent être différentes. L'un l'établit sur la couverture par la protection sociale et l'autre sur une des définitions existantes de la précarité. Vous parlez tous deux du fait que les patients n'honorent pas leur rendez-vous. Avez-vous essayé de comprendre les causes ? M. DUFOUR évoquait le manque d'éducation à la santé comme raison probable. D'autres facteurs peuvent-ils entrer en jeu ?

Ma deuxième question s'adresse plus à Emilie JULIEN et porte sur l'existence de cet indicateur sur les personnes précaires : quelles conséquences avez-vous tirées de cet indicateur ?

Je voudrais juste rajouter que, dans les deux travaux, vous parlez des personnes dites précaires et de renoncement aux soins. Or, ce sont des personnes qui ont déjà accédé au système de soins, mais nous ne parlons pas de toutes celles qui n'y ont pas accès.

Dr Emilie JULIEN

Lorsque vous parlez des conséquences que j'en tire, c'est encore à l'état de réflexion. En un premier lieu, c'est une étude qui porte uniquement sur le domaine hospitalier, ce qui n'a rien à voir avec une pratique de ville. Je viens juste de terminer les analyses que je viens de vous présenter, c'est pour cela que tout est encore à l'état de réflexion.

Il me paraît difficile de changer rapidement les choses, sachant que la plupart des personnes qui s'adressent aux structures de soins (comme je vous l'ai montré dans un diagramme, que les personnes soient précaires ou non) arrivent dans 50 % des cas pour une urgence. Le deuxième motif de la consultation est la gêne ou une douleur moins importante. Les bilans dentaires n'arrivent qu'en troisième position, à hauteur de 20 %, ce qui reste assez faible.

Je pense qu'il s'agit d'un manque d'éducation et que les dentistes font encore très peur aux gens.

Dr Sophie EMMANUELLI

Au-delà du manque d'éducation à la santé et du problème sanitaire pur, il y a peut-être le fait que vous avez affaire à des personnes en situation précaire, comme vous l'avez défini, et si nous nous attachons à une définition de la précarité qui est liée à une difficulté sociale, nous pouvons peut-être envisager que ces gens qui n'honorent pas leur rendez-vous sont ailleurs à ce moment-là.

Dr Emilie JULIEN

Tout à fait. Dans une situation de précarité, les personnes ont d'autres préoccupations : manger, se loger, etc.

Dr Sophie EMMANUELLI

Je suis attachée à ce point, car souvent c'est trop schématisé et nous entendons dire que, de toutes façons, se sont des gens qui ne s'intéressent pas à leur santé.

Dr Emilie JULIEN

Effectivement, leur priorité est ailleurs

Dr Sophie EMMANUELLI

Par ailleurs, lorsque je parlais des incidences, vous avez réfléchi à des hypothèses de solution de prise en charge de ces patients.

Dr Emilie JULIEN

Sur l'hôpital de Nantes, il existe la PASS, qui est dans un autre bâtiment et qui accueille toutes les personnes dites en situation de précarité et pour quelque raison que ce soit. Ensuite elles sont dispatchées entre les différents services. Effectivement, l'ouverture serait d'avoir une PASS directement au centre de soins dentaires pour essayer de prendre en charge leur demande, et de créer un accès plus facile.

Dr François DUFOUR

Quant à la présentation des résultats, il s'agit effectivement de résultats bruts. Nous avons donc constaté un nombre de patients absents aux convocations du service médical plus important que dans les études comparables.

Si nous nous référons aussi aux réactions des praticiens traitants assurant une prise en charge importante de ces patients (puisque nous avons vu des praticiens traitants qui soignaient énormément de gens en CMU), la première chose qu'ils ont fait remonter est cette absence des patients au rendez-vous. Là nous n'en sommes purement qu'au stade des constats.

En ce qui concerne les raisons, nous nous rejoignons forcément sur le traitement d'urgence. Une fois le traitement d'urgence réalisé, l'éducation à la santé est quelque chose qui doit amener à la prise de conscience de son corps, à la nécessité de poursuivre un traitement. Un traitement dentaire est toujours quelque chose de long, de suivi. Nous avons donc là probablement aussi une problématique qui est assez particulière à la santé bucco-dentaire.

Nous ne pouvons pas réfléchir que sur des incitations négatives, pour résoudre ce genre de problème. Nous devons réfléchir beaucoup plus sur une éducation à la santé. C'est quelque chose qui se fait en lien étroit avec les services sociaux, au plus près du terrain.

Un intervenant de la salle

Je voudrais poser une question complémentaire. Avons-nous, par exemple, des comparaisons avec ce qui se passe dans d'autres spécialités médicales pour ce type de patients ? Y a-t-il un renoncement aux soins de ce type de patients face à d'autres pathologies d'ordre général ? Des études existent-elles à ce sujet ?

Dr François DUFOUR

Le CREDES a mené un certain nombre d'études là-dessus. Les renoncements aux soins se trouvaient essentiellement dans les pathologies dentaires et optiques, dans tout ce qui amenait un reste à charge. Je ne pense pas qu'il y ait d'autres domaines où ce phénomène soit aussi marqué.

Le même intervenant de la salle

Il existe deux points : les ressources économiques et peut-être la symptomatologie. A partir du moment où la symptomatologie a disparu et que le soin d'urgence est réalisé, les personnes redeviennent un peu plus tranquilles dans leur esprit.

Un intervenant de la salle

A propos de l'analyse qui nous a été donnée concernant les bénéficiaires de la CMUC, vous avez indiqué que 14,4 % des bénéficiaires de la CMUC, qui ont poursuivi des soins, faisaient référence à leurs difficultés d'accès aux soins. Avons-nous une proportion sur les non-bénéficiaires de la CMU, sur leurs propres difficultés à faire référence à l'accès aux soins ? Ou la question n'a-t-elle été posée qu'aux bénéficiaires de la CMUC ?

Dr François DUFOUR

Les seuls bénéficiaires que nous avons rencontrés dans cette étude sont les bénéficiaires de la CMUC. Ce type de comparaison n'a pas été réalisé avec les autres bénéficiaires.

Le même intervenant de la salle

Travaillant à Aubervilliers, dans notre pratique quotidienne, nous nous rendons compte de la quantité de patients qui ne sont pas bénéficiaires de la CMU, ou de l'aide médicale d'Etat, mais qui sont dans une situation difficile, avec de petits moyens. Ces personnes expriment leurs difficultés à avoir accès à des soins, elles n'arrivent pas à être reçues en pratique de ville. C'est pour cela que le rapprochement aurait pu être intéressant.

Dr François DUFOUR

La question de l'effet de seuil a très vite été identifiée après la mise en place de la CMU. Nous avons effectivement constaté que les gens qui se trouvaient juste en dessus du niveau de la CMU avaient probablement plus de difficulté à accéder aux soins que les patients qui eux-mêmes possédaient la CMU. Nous avons récemment un peu remonté le plafond pour l'accès à la CMU.

Cet effet de seuil persiste effectivement. De nombreuses solutions sont envisagées : par exemple l'aide personnalisée à une complémentaire - pour les

gens en Seine-Saint-Denis, les caisses primaires ont proposé une aide à la souscription à des complémentaires. Il y a donc un certain nombre de réflexions qui se font autour de cela. Mais effectivement, à partir du moment où il existe un dispositif comme la CMU, il y aura forcément un effet de seuil que l'on peut déplacer.

Dr Emilie JULIEN

Pour ce qui est de l'hôpital, au centre hospitalier de Nantes, 12 à 13 % des personnes dites non précaires ont signalé des difficultés à payer les médicaments et les examens médicaux.

Dr François DUFOUR

Les populations ne sont pas exactement les mêmes. Nous avons effectivement pris l'ensemble de la population couverte par le régime général. Dans votre cas la sélection de la population était plus sur l'offre de soins.

Un intervenant de la salle

J'aurais deux questions. La première s'adresse au Dr GUILLAUD, en ce qui concerne les résultats par rapport aux pratiques sur l'antibioprophylaxie. Je trouve le protocole extrêmement intéressant et tout à fait pertinent. Je pense qu'il mériterait d'être publié et peut-être d'être utilisé dans d'autres régions pour avoir des résultats sur le plan national. Avez-vous l'intention de publier ces résultats et dans quelle revue ?

Dr Martine GUILLAUD

Ce travail est un travail préalable à une action que nous allons conduire au niveau de la région URCAM Rhône-Alpes. Nous allons mettre en place un plan d'action que nous voulons évaluer avant de le généraliser. Ce travail a fait l'objet d'une soumission qui est en cours actuellement auprès de la revue d'épidémiologie et de santé publique. Nous n'avons pas encore reçu, aujourd'hui, la réponse de la revue.

Le même intervenant de la salle

Je pense que c'est une information importante et qui devrait être diffusée. La deuxième question intéresse le Dr BORY, par rapport à la concrétisation du réseau « Santé bucco-dentaire et handicap ». Premièrement, nous pouvons

remarquer que vous avez eu la sagesse, la pertinence, de faire ressortir le terme de santé bucco-dentaire et non pas de soins, ce qui n'est pas nécessairement courant en France. Deuxièmement, je pense que l'exemple du réseau que vous avez monté pourrait être un modèle de référence. Je reviens sur la discussion que nous avons eue ce matin, parce que justement il constitue un relais entre l'exercice libéral et l'exercice hospitalier, mais aussi un autre type de structure intermédiaire.

Ma question est la suivante : quelle a été votre démarche (étant président j'imagine que c'est vous qui l'avez initiée) ? Cela nécessite-t-il, et je pense que oui, une formation ? Ce n'est probablement pas un hasard que vous soyez à la présidence de ce réseau compte tenu de votre formation qui n'est pas seulement française, qui ne répond pas à une culture française. J'aimerais que vous nous expliquiez la démarche qui vous a amené à établir ce réseau qui paraît être un modèle assez intéressant que l'on pourrait beaucoup plus valoriser en France.

Dr Eric-Nicolas BORY

C'est une question à laquelle il est difficile de répondre en quelques minutes. J'ai fait le choix, il y a vingt ans, de m'occuper de personnes handicapées. A Lyon, il y avait des stages extérieurs et les étudiants de fin de quatrième, cinquième année, allaient dans cet hôpital. Peu de temps après un exercice libéral, j'ai bien compris le besoin de ces personnes et j'ai arrêté. Je me suis rendu compte à ce moment-là que je n'avais pas les outils de santé publique pour faire quelque chose.

J'ai eu la chance de partir en 1990-91. J'ai passé un an et demi en Amérique du Nord à l'université McMaster. J'ai suivi une formation de santé publique, d'organisation des systèmes de santé. Si je n'avais pas fait cette formation, je n'aurais pas eu les moyens d'anticiper autant les choses. C'est ce qui m'a permis de travailler à l'ANDEM et à l'ANAES. Il est vrai qu'il y a une combinaison de deux savoir-faire, et une sensibilité personnelle évidemment : il faut être chirurgien dentiste et avoir des connaissances en santé publique. Sans ces éléments, cela n'aurait pas pu se faire.

Un autre élément important est le contexte. Je travaille dans un hôpital psychiatrique qui a toujours accordé de l'importance aux soins somatiques pour les personnes handicapées. C'est l'un des rares hôpitaux où il y a un service de médecine interne avec quarante-six lits et toutes les spécialités médicales. L'odontologie fait partie intégrante du plateau technique. Les psychiatres

considèrent que c'est extrêmement important. S'il y a quelqu'un d'agité dans une chambre d'isolement, on vient nous demander un avis pour savoir s'il ne souffre pas d'une rage de dent ou d'une douleur d'origine dentaire. C'est une chance. Nous avons été confrontés à tous les types de handicap, à la précarité des adolescents en révolte, en décompensation etc. Le creuset était là pour agir.

Un intervenant de la salle

Nous avons beaucoup parlé de caries depuis ce matin et à mon sens pas suffisamment de problèmes parodontaux. Or ces problèmes ont été évoqués par Nadine FOREST et le Doyen Marie-Laure BOY LEFEVRE et il n'y a pas eu beaucoup de questions autour de ce problème.

Sachant que les décès en France sont dus, à 60 %, à des maladies cardiovasculaires, sachant qu'une maladie parodontale non traitée peut entraîner jusqu'à 80 % de problèmes cardiovasculaires, si nous faisons un calcul rapide nous pouvons dire que la maladie parodontale, d'une certaine façon, provoque beaucoup de décès.

Sachant qu'en plus cette maladie parodontale entraîne chez la femme enceinte non traitée des naissances prématurées avec des enfants hypotrophes, nous savons ce que coûte un enfant à la naissance dans de telles conditions. Sans compter l'aggravation du diabète, etc.

La maladie parodontale n'est pas suffisamment considérée dans ces discussions. Il faudrait peut-être, lors d'une prochaine réunion, insister un peu plus sur ce sujet.

Pr Jean-Marie VULCAIN

Merci, c'est une excellente remarque. Là encore, nous pourrions regretter que les responsables politiques et notamment l'ARH ne soient pas présents, parce qu'ils verraient les incidences des pathologies bucco-dentaires et en particulier des maladies parodontales sur l'état général, ainsi que leurs conséquences, d'abord sur la santé des patients, mais également en termes de coût financier pour l'Etat, puisque tout cela est pris en charge par la collectivité.

Dr François DUFOUR

C'est une thématique qui est tout de même abordée dans un certain nombre d'études de l'assurance maladie terminées ou en cours, dont j'ai parlé précédemment et qui tournent notamment autour du diabète. Le programme d'Ile-de-France de santé bucco-dentaire que l'URCAM vient de lancer sur la thématique du diabète prend largement en compte les maladies parodontales. Là, nous en sommes effectivement au stade des constats. Plus tard viendront des propositions d'actions pour voir ce qui peut être fait pour des populations particulières en ce qui concerne la santé parodontale. Cela rejoint un peu ce que nous disions tout à l'heure sur les problèmes de précarité. Nous nous apercevons que tout est imbriqué.

Un intervenant de la salle

Je voulais juste dire que la maladie parodontale n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale. Dans ce cas-là, la précarité est encore plus importante.

Dr François DUFOUR

Absolument.

Un intervenant de la salle

Par rapport à la CMU, qu'en est-il de cette question ?

Dr François DUFOUR

Un arrêté du 31 décembre 1999 a fixé des limites tarifaires et une liste d'un certain nombre d'actes, de prothèse et d'orthopédie dento-faciale, ainsi que les conditions de prise en charge par l'Assurance maladie. Pour tout ce qui concerne les soins conservateurs, tout ce qui est à la nomenclature, la nomenclature intégrale s'applique.

Un intervenant de la salle

A propos de la précarité, nous avons soulevé le problème de l'accès aux soins. Le réseau peut être une solution. Je viens juste d'arriver sur Toulouse et j'ai cru apercevoir un réseau dans le sens où les dentistes se déplacent sur les lieux où ont l'habitude de se rendre les personnes en situation de précarité, que se soient des associations, des cafés d'accueil, les médecins sans

frontières, le Samu social. Avec les étudiants, il y a quelque chose qui est en train de se mettre en place.

Par rapport au réseau, nous venons d'entendre deux exemples très nobles. Je voudrais juste soulever un point par rapport au réseau ONCODENT. Ils n'ont pas du tout parlé de formation et il est vrai qu'ils s'appuient beaucoup sur les SOR, les standards, options et recommandations en cancérologie en 1999. J'ai eu l'occasion de lire ce document. Toutes les références datent des années 1980 environ et le consensus n'est pas du tout fait. On fait donc des recommandations par rapport à la prévention de l'ostéo-radio-nécrose qui ne sont pas validées.

Le réseau « santé bucco-dentaire et handicap » veut aussi devenir une référence de recommandation de soins. Il est primordial d'aller dans ce sens grâce à vos outils.

Dr Eric-Nicolas BORY

Dans un premier temps, il est important de travailler avec les professionnels pour établir des référentiels propres au réseau. Rapidement, les thèmes doivent être repris, par exemple, par l'ANAES. Il faut que ce soient des référentiels étudiés par des groupes d'experts pour que cela puisse se généraliser. La prise en charge des personnes handicapées et celle des personnes en situation de précarité présentent des similitudes qui doivent être débattues au plan national. Il peut y avoir un démarrage dans une région.

Un intervenant de la salle

Que faut-il faire en pratique ?

Dr Eric-Nicolas BORY

Tout l'intérêt est d'associer une évaluation à la démarche du réseau pour voir si une procédure mise en place est plus efficace, apporte une amélioration de la qualité de vie, de l'état de santé par rapport à l'absence ou à une autre pratique.

Pr Jean- Marie VULCAIN

Nous allons clore cette table ronde et ce débat. Les expériences mises en place avec le réseau « Santé bucco-dentaire et handicap » en Rhône-Alpes et

le réseau ONCODENT sont les premières expériences qui feront sans doute école.

Ce que je ne voudrais pas, c'est qu'au niveau de chaque région il y ait des spécificités et que finalement certaines régions bénéficient de certaines prises en charge et d'autres pas. C'est la raison pour laquelle j'ai évoqué dans mon exposé « SROS ou réseau ». Mais peut-être faudrait-il qu'il y ait des consensus dans l'élaboration ? Votre expérience servira sans doute à bien d'autres régions. Mais il serait judicieux qu'il y ait une certaine uniformisation au plan national. Qu'en pensez-vous ?

D'autre part vous montrez que vous avez énormément de partenariats dans ce réseau, partenariats qu'il a fallu créer, démarcher. Avez-vous rencontré des difficultés dans ce domaine ?

Dr Eric-Nicolas BORY

Oui et non. C'est un travail de longue haleine. L'avantage d'expérimenter quelque chose n'est pas plus mal. Au niveau de l'ensemble des régions, on peut expérimenter beaucoup de choses, et quand on reproduit, on évite de commettre les erreurs de ceux qui ont initié le projet. Cela peut donc être un atout. La phase de généralisation doit impliquer l'ensemble des régions.

REMISE DU PRIX FRANÇOISE ROTH

Pr Nadine FOREST,
Présidente de l'ASPBD

Nous allons procéder à la remise du Prix que notre association attribue à un travail en santé publique bucco-dentaire présenté par un étudiant. Cette année, ce prix prend le nom du Prix Françoise ROTH. Comme je vous l'ai dit ce matin, je tiens à répéter combien Françoise ROTH a été importante pour moi, combien elle a fait partie de ma réflexion pour présenter ma candidature et avoir l'honneur d'être élue. Ce prix va être remis en présence de Paul ROTH, le mari de Françoise, pour lequel j'ai aussi beaucoup d'amitié.

Le prix a été décerné, par le comité scientifique de cette quatrième journée, à Mme Marie Maxence LECUYER. Ce prix a été obtenu à la quasi-unanimité des membres du jury. Il s'agit d'une étudiante de la faculté de chirurgie dentaire de l'université de Clermont-Ferrand, que je salue donc par la même occasion. Le titre de ce travail est « La validation française d'un indicateur de qualité de vie orale ». Je vais donc lui donner la parole afin qu'elle reçoive d'abord son prix, puis qu'elle nous expose, en quelques mots, les résultats de ce travail.

M. Paul ROTH

Je voudrais vous féliciter. Je ne vous connais pas, mais je suis sûr que Françoise aurait été très heureuse de vous remettre elle-même ce prix. Je le fais en son nom.

Mme Marie-Maxence LECUYER,

Mesdames, Messieurs, je suis très contente et très honorée de recevoir le Prix de santé publique dentaire. Je tiens à remercier le comité scientifique de l'ASPBD, ainsi que la famille de Mme Françoise ROTH.

Je suis étudiante en sixième année à la faculté de chirurgie-dentaire. Ce travail correspond à mon travail de thèse d'exercice. Il a consisté à valider la version française d'un indicateur de qualité de vie orale, le Child OIDP, conçu par l'équipe du Pr Aubrey SHEIHAM de Londres. Il existe en effet très peu

d'indicateurs de qualité de vie orale destinés spécifiquement aux enfants. Ces indicateurs ont pour intérêt de mesurer l'impact psychologique et social des problèmes bucco-dentaires quotidiennement sur les enfants. Ces indicateurs n'existent qu'en version anglaise.

Nous avons traduit en français le Child OIDP, puis nous l'avons validé auprès de 414 enfants de 10 ans scolarisés dans les écoles primaires de Clermont-Ferrand. Ce travail a constitué pour moi une première expérience en recherche de santé publique. C'est un travail très intéressant et complet, parce que j'ai participé à toutes les étapes du processus de validation : la traduction, l'enquête sur le terrain avec l'interview des enfants, l'analyse des résultats, la lecture de la bibliographie et la comparaison des résultats.

C'était bien sûr un travail d'équipe et je tiens à remercier toutes les personnes qui ont travaillé sur ce projet, notamment mon enseignante Mme Stéphanie TUBERT, maître de conférence du service de santé publique de la faculté de chirurgie-dentaire de Clermont-Ferrand, ainsi que toute l'équipe du Pr Aubrey SHEIHAM qui a conçu le Child OIDP et notamment M. George TSAKOS avec qui nous avons eu un contact direct durant tout le processus de validation. Je tiens aussi à remercier Mlle Rachel MANEVY avec qui j'ai fait ce travail et qui avait présenté une autre partie de l'enquête sur les enfants à ce prix. Je souhaiterais partager ce prix avec elle.

DEBAT D'ACTUALITE DE L'ASPBD

LA LOI DE SANTE PUBLIQUE 2004 : QUELLES PERSPECTIVES ?

Modérateur :

Hervé REQUILLART,

Rédacteur en chef d'Impact Médecine

Dr Christian AUGER,

Vice-président de l'UFSBD

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE,

Présidente du collège national des enseignants odontologistes de Santé publique

Dr Fabien COHEN,

Secrétaire général de l'ASPBD

Dr Paul KARSENTY,

Responsable du secteur dentaire, Direction générale de la Santé

Dr Marc SCHOENE,

Président de l'institut Théophraste Renaudot, membre du Conseil d'Administration de la SFSP

DEBAT D'ACTUALITE DE L'ASPBD

LA LOI DE SANTE PUBLIQUE 2004 : QUELLES PERSPECTIVES ?

Hervé REQUILLART

Docteur Marc SCHOENE, vous présidez l'Institut Théophraste Renaudot. Vous êtes par ailleurs membre du conseil d'administration de la Société Française de Santé Publique. A ce titre, vous pourrez certainement nous fournir un éclairage général sur la Loi adoptée le 9 août dernier et qui constitue, pour certains, un véritable tournant en matière de santé publique.

Docteur Paul KARSENTY, vous êtes responsable du secteur dentaire à la Direction Générale de la Santé. Vous représentez donc les Pouvoirs Publics. Votre fonction vous accorde une place centrale dans la mise en œuvre de cette Loi, notamment dans le décret d'application. Toutefois, ce dernier n'est pas encore paru.

Professeur Marie-Laure BOY-LEFEVRE, vous présidez le Collège National des Enseignants d'Odontologie de Santé Publique. Vous évoquerez probablement les efforts de formation et d'information qui restent à consentir afin que le secteur dentaire devienne un acteur efficace dans le domaine de la prévention et de l'application de cette Loi de santé publique.

Docteur Christian AUGER, vous êtes le Vice-président de l'UFSBD, l'association certainement la plus présente sur le territoire national en matière de prévention dentaire.

Docteur Fabien COHEN, vous êtes le Secrétaire Général de l'ASPBD.

Lors de l'élaboration de la Loi de Santé publique certains ont insisté sur le caractère novateur du document. En effet, la santé publique a toujours formé le parent pauvre des thématiques de santé. Ce texte apparaît même comme la première loi spécifique de santé publique depuis la Loi d'Hygiène Publique de 1902.

Docteur SCHOENE, cette loi constitue-t-elle une révolution ? Quelles implications comporte-t-elle sur les méthodes employées ? Quels sont les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés ?

Dr Marc SCHOENE

L'importance de cette législation est indéniable. La dernière loi globale de santé publique remonte effectivement à 1902. D'autres textes ont été publiés par la suite. Néanmoins, cette loi implique véritablement une cohérence nationale des différentes actions menées.

Dans cette loi ce qui ressort fortement est le renforcement du rôle joué par l'Etat. Si le niveau régional est présenté comme une forme de décentralisation, il s'agit en fait d'une déconcentration avec une responsabilité très importante des préfets, donc de l'Etat, même si les Conseils régionaux, les municipalités, ainsi que d'autres partenaires peuvent participer au Groupement Régional de Santé Publique. Outre la cohérence, cette loi se révèle intéressante par les propositions d'intervention sur un certain nombre de questions de santé publique.

La Loi de Santé publique doit être mise en relation avec deux éléments : un ensemble de textes récents qui renforcent la cohérence des interventions des pouvoirs publics, il semble ainsi difficile de dissocier cette loi de la Loi de Sécurité Sociale qui introduit de nombreux changements dans l'organisation du système de santé ; La Loi de Décentralisation qui, dans son volet 2, modifie quelque peu le domaine d'intervention des collectivités locales.

Outre la date de publication des décrets, la Loi de Santé publique soulève d'autres questions. Nous pouvons notamment nous interroger sur les moyens car cette loi comporte de grandes ambitions, certains la jugent même trop ambitieuse. La mise en œuvre par les acteurs de terrains d'une loi qui conjugue le renforcement du rôle de l'Etat avec une certaine déconcentration, motive également quelques interrogations.

Nous devons donc diffuser l'information la plus complète possible auprès des divers acteurs, qu'ils évoluent dans le secteur de la santé ou bien dans le domaine social. En effet, les textes qui paraîtront prochainement modifieront en profondeur le paysage sanitaire de notre pays.

Hervé REQUILLART

Vous avez mentionné la déconcentration, et non la décentralisation, initiée par la Loi de Santé publique. Or, ce principe influencera certainement le mode d'action des DRAS et des DDASS.

La manière de susciter l'adhésion des personnels de santé à la Loi de Santé publique constitue par ailleurs un élément essentiel. En effet, quel que soit son statut, tout acteur de santé se doit de participer aux programmes.

Docteur KARSENTY, cette loi n'est-elle pas quelque peu éloignée des préoccupations du terrain ? Qu'en est-il du professionnel qui va exercer des actions de prévention directement auprès du patient ?

Dr Paul KARSENTY

Il s'avère à la fois ardu d'évoquer la Loi de Santé publique et de répondre à votre question. Nous pourrions néanmoins nous remémorer le débat de ce matin au sujet des écueils relatifs à d'une part la politique d'Etat ainsi qu'à la cohérence de l'action des pouvoirs publics qui plaident en faveur d'une centralisation, et d'autre part à la forte légitimité de la proximité des acteurs qui ne peut pas non plus être ignorée, et ce, pour des raisons d'efficacité, les acteurs de terrains n'adoptant pas spontanément des mesures toutes faites descendant verticalement. L'articulation entre ces deux domaines d'intervention doit donc faire l'objet d'un examen attentif.

A l'origine, il y avait une telle absence d'orientation lisible au niveau national que la question de l'application concrète pratique ne se posait pas. Pour pouvoir décentraliser il faut déjà avoir une situation, un cadre et des objectifs clairement définis. Je pourrais illustrer les conséquences d'une absence d'orientation nationale avec le système d'assurance maladie. Il existe en France 129 caisses d'assurance maladie. Chacune d'entre elles possède son propre conseil d'administration et son propre directeur. Or, durant de nombreuses années, chaque caisse a élaboré une politique spécifique en matière de prévention et d'action sociale.

Il est très difficile de présumer de ce que sera la mise en œuvre sur le terrain de la Loi de Santé publique. De la même façon, la lecture de la Constitution d'un pays ne fournit aucune indication sur son histoire ni sur la volonté de chacun de ses acteurs. Les textes seuls ne suffisent pas. Toutefois, la réaffirmation forte selon laquelle la santé publique, tout comme la défense nationale, constitue une mission régaliennne de l'Etat est essentielle. Je rappelle que le Ministère de la Santé n'a été créé qu'après l'épidémie de grippe espagnole au lendemain de la Première Guerre Mondiale. L'attente de la population en matière de santé publique se révèle donc très importante. Les scandales en santé publique observés au cours de ces dernières années, la vache folle, le sang contaminé, le SRAS, et même la canicule de l'été 2003,

n'ont fait que renforcer cette tendance. Lors d'évènements de cette nature, l'Etat se retrouve en première ligne, notamment sur le plan judiciaire. La revendication par l'Etat de sa propre responsabilité dans le domaine de la santé publique est donc cruciale. Les soins hospitaliers n'ont jamais été aussi sûrs. Paradoxalement, l'opinion publique se montre particulièrement sensible à ce thème. La campagne conduite par Guillaume DEPARDIEU au sujet des maladies nosocomiales a eu un impact notoire. Or, ce type de constat génère des obligations.

La Loi de Santé publique comprend par ailleurs des nouveautés. Elle substitue à un fonctionnement basé sur des priorités, une démarche par objectifs évaluables, dont la liste est annexée au texte de loi. Le passage d'une logique de moyens à une logique de résultats devrait engendrer des changements. De la même façon, les plans de santé publique ont accentué la culture du résultat et de l'évaluation. J'espère donc que les actions bucco-dentaires suivront le même processus.

Hervé REQUILLART

Vous faites mention d'une culture du résultat. Toutefois, ce principe suppose des moyens adéquats. Or, si la Loi de Santé publique fait référence aux objectifs et aux indices, elle développe rarement cet aspect.

Ne mettons-nous pas « la charrue avant les bœufs » ? Quand ces moyens seront-ils définis ? De quoi dépendent-ils ?

Dr Paul KARSENTY

Je ne peux pas vous donner tort en ce qui concerne la santé bucco-dentaire. Nous partons de tellement bas que tout reste à faire. Néanmoins, nous pouvons faire preuve d'un optimisme modéré. En effet, notre pays a pris conscience du fait que les problèmes de santé ne pouvaient plus uniquement être abordés sous l'angle du soin mais qu'il fallait agir sur les déterminants.

Manifestement, les principales causes de mortalité et de morbidité en France ne dépendent plus du système de soins. Je songe notamment à l'alcoolisme, à l'obésité, au suicide, et au Sida. La réalisation d'actions en amont et des changements de comportements dans la population génère des résultats beaucoup plus significatifs en matière de santé. Ainsi, la construction d'autoroutes, la modification des comportements en matière de vitesse ou par le plan nutrition - santé ont beaucoup plus contribué à l'allongement de

l'espérance de vie que l'octroi de crédits supplémentaires pour les hôpitaux et les médecins. La même prise de conscience s'effectue dans le domaine de la santé bucco-dentaire avec la multiplication des actions de prévention primaire et secondaire. Je mentionnerai la fluoration du sel et des pâtes dentifrices ainsi que le BBD instauré par les caisses d'assurance maladie.

Hervé REQUILLART

Le BBD a généré, il me semble, 13% de résultats.

Dr Paul KARSENTY

Vous avez raison. Cependant, nous ne sommes encore qu'au début de cette démarche. Les arrêtés d'application relatifs aux examens bucco-dentaires pour les enfants âgés de six et douze ans sont prêts. J'espère donc qu'ils pourront paraître dans les trois mois à venir.

Le retard accumulé dans le secteur bucco-dentaire est général et concerne également la connaissance de l'état de santé de la population. Toutefois, la Direction Générale de la Santé a commandé et financé une enquête qui devrait prochainement débiter pour connaître l'état de santé bucco-dentaire de la population infantine. Elle concernera les six et douze ans pour suivre l'objectif fixé par la loi de Santé publique. Cependant, la réalisation d'un plan de santé bucco-dentaire pour la France fait déjà l'objet d'une réflexion avancée et nous attendons le soutien officiel du Ministère.

Hervé REQUILLART

A quelle date le plan sera-t-il mis en œuvre ?

Dr Paul KARSENTY

Dans l'attente d'une annonce officielle par le Ministère, je pense que le comité de pilotage de ce plan pourrait se mettre en place en décembre ou en janvier prochain.

Hervé REQUILLART

Docteur AUGER, vous qui êtes un acteur de terrain qui va mettre en œuvre la politique de prévention bucco-dentaire au plus près des gens, Croyez-vous à cette Loi ?

Sa parution vous a-t-elle surpris ? Par ailleurs, cette Loi de Santé publique ne provoque-t-elle pas une grande perplexité chez vos confrères ?

Dr Christian AUGER

Il est difficile pour les acteurs de la Seine-Saint-Denis d'entendre qu'aucune action locale n'a été menée quand les opérations de terrain et l'investissement du Conseil général remontent à vingt ans. Nous aurions souhaité que l'Etat fasse preuve de la même volonté. Il est donc nécessaire de saluer le travail réalisé.

Cette loi de Santé publique coïncide avec d'autres textes légaux : la Loi sur les Collectivités locales qui confie notamment la gestion de la gérontologie aux Conseils généraux, l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées donne à ce principe toute son importance, et la loi sur l'Assurance Maladie.

Il faut regarder la loi plus largement. Par exemple si nous considérons l'objectif de réduire de 20% le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries, nous nous apercevons que le bucco-dentaire y a toute sa place. Il est certain que ceci se retrouve dans d'autres objectifs et que d'une façon générale, la santé bucco-dentaire est souvent impliquée de manière transversale. De ce fait la profession doit évoluer et ne pas rester isoler.

L'UFSBD développe des politiques de santé depuis de nombreuses années, ce qui lui a valu de devenir centre collaborateur OMS, avec un mandat renouvelé récemment, ce qui ne peut se faire qu'avec l'accord du ministre et donc de l'Etat. Ceci illustre la reconnaissance du travail effectué par l'Union dans tous les départements, même si il existe des différences notables selon les départements, compréhensibles au regard de la taille de cette association. L'UFSBD possède une véritable expérience de terrain.

J'attends la parution des décrets de la Loi de Santé publique afin de déterminer sa réelle utilisation. Naturellement, la mise en œuvre de ce texte nécessitera des adaptations, au niveau régional, des orientations nationales. J'espère donc que les différentes sensibilités régionales pourront s'exprimer au sein des structures, qu'elles soient associatives, politiques, ou publiques, ce qui est normalement prévu. Mais c'est le préfet qui dirige et nomme par ailleurs le directeur du Groupement. La présence de l'Etat reste donc prépondérante ce qui semble normal puisqu'il a décidé de s'investir.

Hervé REQUILLART

Vous parliez de la régionalisation, du rôle du préfet, ainsi que du Groupement Régional de Santé.

Estimez-vous que la définition d'objectifs régionaux de santé bucco-dentaire, adaptés à la réalité locale, s'avère nécessaire ? En effet, l'une des principales difficultés de la santé publique consiste actuellement à faire concorder la problématique de cohérence nationale avec la vérité du terrain.

Dr Christian AUGER

Il y a un manque d'enquête. Une enquête nationale sur l'état de santé des enfants âgés de six et douze ans va être réalisée. Cependant, il serait bien de conduire une enquête régionale.

En 1987 ou 90, l'UFSBD a mené une étude de ce type dans la région Rhône-Alpes. Or, les résultats recensés dans les huit départements n'étaient pas identiques. De la même façon quand nous regardons les données des UFSBD provenant des différentes régions nous notons une situation catastrophique dans la région Nord-Pas-de-Calais. Les moyens accordés aux différentes régions doivent donc faire l'objet d'une différenciation en fonction des situations. J'espère donc que la régionalisation permettra de prendre en compte ce fait.

Hervé REQUILLART

Nous avons évoqué l'adhésion, obligatoire, des professionnels de santé à la politique de prévention. 93% des chirurgiens dentistes possèdent un statut libéral. Or cette pratique libérale est orientée essentiellement vers les soins curatifs et nécessite de gérer une entreprise et du personnel. Ces dentistes ont-ils la disponibilité et les moyens de s'impliquer véritablement dans une démarche de prévention, mal rémunérée?

Dr Christian AUGER

Les chirurgiens dentistes ont toujours été formés plus particulièrement à l'aspect curatif. Il y a 30 ans la formation et l'exercice professionnel étaient presque exclusivement curatifs. Depuis une évolution notable a été enregistrée.

Mon exercice curatif quotidien se révélait beaucoup plus important il y a

trente ans. Les consultations du mercredi ne suffisaient pas à soigner tous les enfants. De plus, certains praticiens refusaient de soigner cette population.

Cette tendance est rarement observée à l'heure actuelle. La prise de conscience du caractère fondamental de la prévention est bien réelle. L'UFSBD n'a jamais essuyé de refus de la part des chirurgiens dentistes libéraux pour conduire des actions de prévention. Je suis donc persuadé que l'ensemble de la profession se mobilisera sur un projet d'envergure nationale.

En ce qui concerne le bilan bucco-dentaire, vous avez mentionné les 13% de résultats. Toutefois, aucune action de proximité n'a été menée pour encourager la réalisation de cette opération. Or, la gratuité des soins n'implique pas nécessairement une venue de la population. De plus, le chirurgien dentiste possède une image défavorable qu'il est nécessaire de transformer. Ce dernier doit donc aller à la rencontre des gens. En effet, les soins bucco-dentaires font peur. L'aspect financier n'est donc pas le seul critère à prendre en compte. Récemment, dans une action en région Ile-de-France nous nous sommes rendus trois fois dans des écoles situées en ZEP. Suite à ces visites, 70% des enfants concernés par des soins ont été reçus dans des cabinets dentaires. Nous pouvons donc enregistrer des résultats tangibles. Toutefois, l'atteinte de cet objectif nécessite l'octroi de moyens.

Hervé REQUILLART

Madame le professeur BOY-LEFEVRE, l'aspect préventif progresse-t-il au sein de l'enseignement ? Sa place est-elle réelle ? Où est-il nécessaire d'insister sur la prévention auprès des jeunes générations qui se forment actuellement ?

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Comme l'a rappelé madame FOREST ce matin, elle a été à l'initiative de la création à l'université de la sous-section 56-03 qui a permis de mettre en valeur certaines disciplines de la santé publique que l'on retrouve dans sa dénomination : « prévention, économie de la santé, épidémiologie, et odontologie légale ». Toutefois, cela ne recouvre pas tous les champs disciplinaires de la santé publique.

Cependant les problèmes comportementaux sont réels. Nous devons donc améliorer la formation initiale des étudiants en sciences humaines et sociales qui demeure actuellement insuffisante. Lors des discussions engagées par l'Association Dentaire Européenne afin de déterminer, au niveau européen, les

compétences du chirurgien dentiste et les conditions d'une mobilité, le renforcement de ces disciplines est apparu comme une nécessité.

Pour répondre plus directement à votre question, la prévention est intégrée à la formation initiale. Elle intervient tout au long du cursus de cinq ans. En outre, nous nous efforçons de ne pas limiter cette formation à son aspect académique. Les seize facultés entretiennent des relations de proximité avec les professionnels de santé ainsi qu'avec des associations impliquées dans l'éducation à la santé et la promotion de la santé. Nous participons au dépistage en milieu scolaire. En fonction des besoins régionaux, nous intervenons aussi dans les maisons de retraite. Enfin, de plus en plus les étudiants effectuent des stages de terrain. La réforme parue en 1994 prévoit effectivement la réalisation de stages d'intérêt général au cours de l'année de T1. Prochainement, une modification du texte devrait, pour ces stages, appuyer sur la notion de santé publique.

Certes, ces mesures se révèlent insuffisantes. Cependant, l'objectif essentiel de la formation initiale consiste à sensibiliser et à initier les futurs praticiens au concept de santé publique. Elle vise également à favoriser leur participation à la politique de prévention. Néanmoins, la formation initiale ne pourra pas fournir une méthodologie de santé publique. Cet aspect relève en fait de la formation post-universitaire dispensée en mastère ou en doctorat. Or, la France ne compte pas beaucoup de formations doctorales, en mastère professionnel ou de recherche, consacrées à la santé publique. Quelques-unes sont certes dédiées à l'épidémiologie ou bien aux sciences humaines. Toutefois, leur nombre reste encore insuffisant. Outre les compétences spécifiques aux chirurgiens dentistes, les étudiants doivent également acquérir une culture de méthodologie de santé publique. Les progrès déjà constatés doivent donc se poursuivre.

Hervé REQUILLART

La santé publique implique donc la mise en œuvre d'une méthode plurielle, notamment fondée sur la réalisation d'actions de terrain.

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Ceci est exact.

La réforme LMD nécessite la définition d'objectifs de formation supplémentaires. L'acquisition de compétences ne doit pas se restreindre aux

techniques professionnelles. Afin de répondre aux différents besoins des populations et des décideurs, nous devons encore consentir à de nombreux efforts en matière de santé publique.

Hervé REQUILLART

Cette volonté n'implique-t-elle pas la sensibilisation d'autres acteurs de santé qui travaillent au contact des enfants ? Je songe notamment aux médecins généralistes et aux pédiatres.

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Tout à fait.

En effet, les pathologies bucco-dentaires ne sont pas nécessairement bien connues des autres disciplines de santé. Un des objectifs de cette association devrait être de rendre plus lisible les champs disciplinaires de la santé bucco-dentaire qui ne se limitent pas, en santé publique, aux caries et aux parodontologies.

Hervé REQUILLART

Docteur KARSENTI, il me semble que vous souhaitiez intervenir.

Dr Paul KARSENTY

Pour qu'il y ait des praticiens de santé publique et pour rendre la formation de santé publique attractive et réelle, il faut offrir des débouchés. Les praticiens concernés doivent donc avoir la possibilité d'animer des projets concrets.

La santé publique relève plus de la politique que d'un savoir abstrait. Elle doit notamment recenser les contradictions d'intérêts, l'histoire et les motivations des différents acteurs, ainsi que les difficultés administratives et financières rencontrées dans l'élaboration des projets.

Hervé REQUILLART

Si cela consiste uniquement à contrôler les ententes préalables ce n'est pas très motivant.

Dr Paul KARSENTY

Vous avez parfaitement raison.

Depuis une dizaine d'années, le Service médical de l'Assurance Maladie a produit, en particulier dans le domaine bucco-dentaire, des connaissances qui faisaient défaut. Elles concernent notamment les personnes âgées, les personnes handicapées, et les bénéficiaires de la CMU. La mise en évidence d'une inadéquation de l'offre de soins à l'ensemble des besoins s'avère nécessaire.

Toutefois, les compétences du réseau de praticiens affiliés au Service médical de l'Assurance Maladie, et répartis sur tout le territoire, sont manifestement sous-utilisées.

Dr Marc SCHOENE

La formation représente un élément essentiel pour l'avenir. Il y a quelques mois, des étudiants en chirurgie dentaire se sont rendus dans mon service, à Saint-Denis, afin de découvrir les actions de prévention qui pouvaient être conduites dans une ville. Or, j'ai été particulièrement atterré par cet échange. En effet, il constituait une véritable caricature de l'ouverture dont peuvent faire preuve des étudiants, bientôt praticiens, envers la santé publique. Il en est de même pour la médecine.

J'estime que ces étudiants ont besoin d'une formation relative à la promotion de la santé et à la santé communautaire et pas seulement en santé publique. Il est très surprenant que des professionnels puissent apposer leur plaque et recevoir des patients dans leur cabinet sans jamais connaître d'autres lieux. La prise en compte des thèmes de santé publique par les professionnels exige donc une formation et la réalisation de stages axés sur la connaissance du terrain social. Je songe notamment à la connaissance des sigles utilisés dans la ville.

J'ai eu la chance de pouvoir intervenir dans plusieurs formations de santé locale. Or, nous effectuerions un progrès très important en incluant dans les cursus des écoles du secteur sanitaire et social des modules axés sur une meilleure connaissance du système social. Celle-ci, qui devrait être transmise juste avant l'exercice de la profession, comme condition de cet exercice, ne se limiterait donc pas au seul système de santé. Ce changement constituerait une évolution significative.

Par ailleurs, les textes de santé publique emploient largement le mot local mais en fait ce mot renvoie en général à la région. Sans pour autant dénoncer une duperie, l'Institut se bat pour que le local implique le terrain, les professionnels qui exercent auprès des usagers.

Hervé REQUILLART

Votre propos est d'autant plus pertinent que les régions n'ont jamais manifesté l'intention de s'engager à ce sujet.

Dr Marc SCHOENE

Je souhaitais particulièrement insister sur ce thème qui forme l'un des enjeux majeurs de la mise en œuvre d'une politique de santé publique.

Nous pouvons très bien résister en arguant que la Loi de Santé publique ne constitue qu'un texte de plus dans l'arsenal législatif, et que les moyens mis à notre disposition sont insuffisants. Je préfère néanmoins m'appuyer sur les opportunités présentes.

Ce midi, je me suis entretenu avec mes collègues de la gynécologie. En effet, la gynécologie médicale est amenée à disparaître. Les gynécologues quinquagénaires ou sexagénaires qui exercent dans les mêmes centres de santé que moi quittent progressivement leurs fonctions. Or, ils ne sont pas remplacés. Avant de crier au scandale, nous pouvons nous interroger sur la nature de la gynécologie médicale. Celle-ci relève majoritairement de la médecine générale.

Je pourrais également citer d'autres exemples de ce type. La gestion de la pénurie n'empêche pas de se poser des questions sur l'évolution des pratiques. Or, les textes légaux qui paraissent actuellement nous obligent à affronter ces contradictions. Les insuffisances sont multiples.

Cependant, des possibilités existent. Les conseils régionaux, les associations, et les municipalités vont-ils investir le GRSP ou les conférences régionales ?

Hervé REQUILLART

En outre, les collectivités locales sont de plus en plus acculées. Je pense notamment à la permanence des soins de médecine générale. Avec la question

posée du financement des maisons de garde par les communes on voit que les instances de proximité sont fortement sollicitées par la population.

Dr Fabien COHEN

En santé bucco-dentaire, où il y a beaucoup de choses à construire, la Loi de Santé publique constitue, à mon sens, une grande opportunité. En effet, elle nous permet et nous donne la responsabilité, de formuler des propositions, que ce soit à l'échelon local, national, ou même européen. Un débat est organisé demain et après-demain à Nice sur les indicateurs de santé. Si les experts sont naturellement habilités à s'exprimer, les professionnels de terrain peuvent aussi faire part de leurs expériences. Bernard LAPORTE, ce matin, avec l'exemple du Québec, montrait l'équilibre entre initiatives locales et nationales. Si l'échelon national est trop prépondérant cela aboutit à une étatisation. Néanmoins, l'insuffisance d'implication nationale peut conduire à des situations locales particulièrement inégalitaires.

La territorialisation de la santé demeure donc une problématique complexe, à laquelle on ne peut cependant échapper. Les expériences en bucco-dentaire montrent qu'on essaye d'adopter des solutions adaptées aux potentialités et aux politiques locales. La volonté politique des Conseils généraux de la Seine-Saint-Denis ou du Val de Marne s'avère indispensable pour mettre en oeuvre ces programmes. Nous attendons, et je rejoins Christian AUGER, les décrets relatifs à la Loi de Santé publique pour connaître les politiques qui seront affirmées. Toutefois, sans attendre nous pouvons être force de proposition et en cela il peut y avoir une synergie entre nos deux structures. Nous devons donc trouver, sans perdre de temps, les moyens qui nous permettent de travailler de la manière la plus transversale possible.

Les potentialités régionales liées à la déconcentration doivent par ailleurs contribuer à supprimer les barrières qui entourent l'odontologie. C'est ce que nous essayons de faire à l'ASPBD avec les journées de santé publique dentaire et le débat de ce matin avec madame PODEUR en a été une illustration. Nous devons faire comprendre les raisons pour lesquelles il est essentiel de positionner et d'organiser la présence de l'odontologie dans les hôpitaux ainsi que dans l'offre de soins.

En outre, il y a un travail d'études à conduire car nous en manquons. Certes, une enquête portant sur l'état de santé bucco-dentaire des enfants âgés de six et douze ans va être financée par la DGS et proposée par l'UFSBD au début de l'année 2005, mais d'autres études sont à mener.

Nous devrions développer une meilleure compréhension des phénomènes afin de pouvoir agir sur ces derniers. Or, nous ne disposons pas aujourd'hui des données suffisantes, celles qui figurent dans la Loi de Santé publique remontent parfois à 1993 ou 1998.

Hervé REQUILLART

Madame BOY-LEFEVRE, vous pouvez intervenir.

J'invite ensuite l'assistance à poser ses questions.

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE

S'il est vrai, comme cela est apparu ce matin, que certaines informations ne sont pas toujours connues au niveau de l'ARH, le langage que nous employons n'est généralement pas bien compris par les structures hospitalières. Nous évoquons largement les actes et les nomenclatures sans faire suffisamment référence aux profils des patients. Or, les études conduites dans les hôpitaux s'appuient sur les groupes homogènes et les profils de patients. Nous ne correspondons pas en terme d'activité à ce qui se fait en médecine. Nous devons donc être capables de remettre en cause notre identité et notre lisibilité.

Intervenant de la salle

Ma première question s'adresse à Monsieur AUGER. L'UFSBD a proposé un objectif contenu dans la Loi de Santé publique. J'aurais aimé connaître la manière dont vous avez procédé pour définir celui-ci. Comment envisagez-vous le rôle de l'hôpital en matière de santé publique ?

Je souhaiterais par ailleurs que madame BOY-LEFEVRE précise la nature du stage de 100 heures à effectuer en sixième année. Je voulais savoir si ce dernier était obligatoire dans toutes les facultés ou s'il relevait d'une simple recommandation.

Enfin, je me demandais si les intervenants de la DGS ou de la SFSP pourraient donner leur avis sur la santé publique bucco-dentaire et décrire les différences et les points communs avec la médecine.

Dr Christian AUGER

Tout à l'heure nous évoquions la place du dentiste. C'est à nous qu'il incombe de la mettre en perspective. En tant que chirurgiens dentistes, nous n'avons certainement pas assez fait la promotion de notre métier. Ainsi, notre profession n'est toujours pas prévue dans le SROS III.

Le chirurgien dentiste joue un rôle social. Les gens s'en rendent compte. L'UFSBD accueille ainsi de plus en plus d'étudiants intéressés par cet aspect.

En ce qui concerne l'information de nos confrères médecins, tous les médecins de la région Ile-de-France devraient prochainement recevoir une brochure sur la santé bucco-dentaire. Nous travaillons donc aussi sur cette thématique.

Comme l'intervenante précédente l'a signalé, l'UFSBD a proposé un objectif repris dans la Loi de Santé publique. Le souci est que dans le texte les moyens ne sont pas évoqués. Nous avons donc présenté au Ministère des plans d'action et d'intervention dans les écoles.

En effet, si nous n'allons pas à la rencontre des enfants, ils ne se rendront pas dans les cabinets dentaires. La visite obligatoire est une bonne chose mais si on ne prend pas des mesures complémentaires elle se révélera insuffisante pour obtenir des résultats. Nous améliorerons sans doute un petit peu la fréquentation en passant de 13 % à 20 ou 30 % mais nous ne parviendrons peut être pas à atteindre les 30 % de la population qui cumulent 80 % des caries. Cette catégorie nécessite une attention particulière.

Je n'ai aucune impression négative sur l'hôpital. Je souhaiterais simplement que les périmètres des études ne se limitent pas aux centres hospitaliers universitaires. Les étudiants pourraient notamment intégrer des hôpitaux régionaux. D'autres personnes partagent certainement le même vœu que moi.

De manière générale, les hôpitaux français ne comportent pas assez de centres odontologiques. Or, les chirurgiens dentistes libéraux ne peuvent pas toujours accueillir les personnes âgées et les personnes handicapées qui représentent néanmoins un pourcentage important de la population. En collaboration avec la CPAM de Paris, nous créons actuellement une unité mobile de soins qui s'adresse aux personnes hébergées dans les EHPAD. Contrairement aux hôpitaux, nous savons que nous ne pouvons pas employer dans nos cabinets le protoxyde d'azote avec les personnes handicapées. Nous devons donc collaborer. Il s'avère par ailleurs nécessaire de développer les réseaux entre les hôpitaux, les libéraux, et les institutions qui accueillent des

individus. En fonction du niveau d'atteinte la personne pourra se faire soigner soit dans le cabinet libéral, soit en structure hospitalière.

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Le stage d'intérêt général est actuellement mis en place dans l'ensemble des facultés. Cependant, il ne dure pas nécessairement 100 heures. En effet, une telle durée suppose des terrains d'accueil en nombre suffisant et un encadrement adapté.

Nous sommes parfois stupéfaits du manque de culture des étudiants. Néanmoins, nous pouvons nous interroger sur l'organisation des études secondaires, les objectifs du P1, et les motivations des futurs professionnels de santé. De plus la santé publique bucco-dentaire ne constitue pas nécessairement une priorité des centres hospitalo-universitaires. En effet, nous sommes plus axés sur la thérapeutique que la prévention en amont et la santé publique.

Un intervenant de la salle

Je suis enseignante universitaire et hospitalière. Or, je souscris totalement à la remarque du Docteur SCHOENE. Néanmoins, son étonnement me surprend. En effet, l'université ne fait que reproduire le comportement de la société. Il serait donc utopique de songer que l'université peut, à elle seule, constituer un moteur d'avancée.

L'université peut néanmoins générer des progrès. Des initiatives sont déjà mises en œuvre. Ainsi, le stage de T1 se révèle très intéressant. Néanmoins, les améliorations qualitatives requièrent une véritable volonté politique et des moyens dédiés à la santé publique.

Vous avez évoqué la possibilité de réaliser des stages en santé communautaire préalables à l'entrée dans le cursus, et ce, afin que les étudiants appréhendent réellement la fonction d'acteur de la santé. J'adhère totalement à cette idée.

Néanmoins, je ne sais pas quelle instance concrétisera cette démarche. Vous avez également fait référence à la nécessité d'un certain pragmatisme de terrain. Or, les stages, même si ils arrivent trop tard dans le cursus, permettent véritablement de sensibiliser un peu plus les étudiants aux besoins et actions de santé publique.

Un intervenant de la salle

Lorsque j'effectuais mes études, il y a 30 ans, les enseignants mentionnaient toujours l'exemple des pays nordiques très axés sur la prévention. A l'inverse, j'ai le sentiment que depuis 30 ans la prévention n'a pas avancé dans notre pays.

De plus, les praticiens possèdent généralement une culture de notable relativement individualiste. Une fois nos diplômes obtenus, nous avons souvent le sentiment d'être supérieurs aux autres et de ne plus évoluer au sein d'une communauté. Nous avons oublié que nous vivons dans une société où tout est lié. Notre société est complexe.

Pendant des années les syndicats de santé dans leur relation avec la sécurité sociale ne se sont intéressés qu'aux améliorations bénéficiant à leur profession, en oubliant le reste. La crise économique survenue il y a environ trente ans nous a permis de découvrir l'existence de la précarité. Il y a un réveil et les gestionnaires nous font penser qu'il y a une économie en jeu. L'économie de la santé est importante mais nous n'avons jamais été formés à cette notion.

S'il est bien de prendre en compte cette économie de la santé nous sommes tombés aujourd'hui dans l'autre extrême : la gestion prend le pas sur les préoccupations relatives à la santé des personnes. Au sein de l'institut où je travaille, j'éprouve de réelles difficultés à faire comprendre aux administratifs la réalité du terrain. Il serait donc particulièrement utile que ces derniers effectuent aussi un stage dans le secteur de la santé. En effet, la gestion ne s'opère pas uniquement derrière un bureau.

Les professionnels de santé ne doivent pas non plus oublier qu'ils soignent des êtres humains, et non des machines, ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui. Le code de déontologie bucco-dentaire stipule que les chirurgiens dentistes ne sont pas censés faire du commerce. Les libéraux qui s'installent doivent toutefois rentabiliser leur cabinet. Cet élément se répercute également sur notre culture.

Nous ne nous occupons plus des personnes en situation de précarité. Le patient ne se contente pas d'ouvrir et de fermer la bouche. Il possède ses propres difficultés matérielles et financières. Or, nous ne prenons pas en compte cet aspect. La dimension humaine fait pourtant partie de l'apprentissage.

Pr Nadine FOREST,
Présidente de l'ASPBD

Je souhaiterais apporter une note d'optimisme. Il y a vingt ans, lorsque nous avons proposé au Ministère la création d'une sous-section de santé publique, notre demande traduisait l'absence de formation mais au-delà l'absence de personnes formées dans cette discipline. On nous avait même dit que nous mettions la charrue avant les bœufs car avant de créer une sous-section il fallait créer des enseignants capables de former. L'important était de provoquer la formation de ces enseignants.

En vingt ans, de nombreux progrès ont été réalisés. Ils ne sont pas encore totalement satisfaisants. Néanmoins, la formation initiale n'est pas entièrement responsable de cet état de fait. Le cursus actuel apporte des connaissances qui n'étaient pas du tout dispensées quinze ans auparavant. Il a tout d'abord été nécessaire de former les enseignants. Le processus se déroule donc sur une certaine durée.

L'insuffisance des échanges entre les différents acteurs se révèle beaucoup plus décevante. Les efforts déployés par un certain nombre d'entre eux, notamment l'UFSBD, ne permettent pas de couvrir la totalité du périmètre. L'information demeure encore nettement insuffisante.

Je fais partie de certaines commissions au sein de l'agence du médicament. Or, je suis pratiquement l'une des seules personnes à exercer en odontologie. Nous avons quelques problèmes à communiquer sur la spécificité de notre activité. Nous avons sûrement notre part de responsabilité dans notre capacité à faire passer nos messages et par le manque de coopération entre les composantes de notre discipline. Mais il faudrait aussi à contrario une aide de la part du Ministère.

En médecine les interlocuteurs concernés par une nouvelle loi sont toujours contactés. Or, nous pourrions avoir le sentiment qu'il n'en est pas de même pour l'odontologie. Les acteurs de terrain, les auteurs d'articles parus dans des revues nationales ou internationales, et les autorités de tutelle doivent donc coopérer afin d'améliorer la situation.

Un intervenant de la salle

L'obligation de la formation post-universitaire suscite néanmoins des interrogations. En effet, la plupart des praticiens l'effectuent pour des

raisons morales. Ils estiment en avoir besoin. Les Ministères, les associations, l'ordre devraient s'entendre pour que soient choisis des thèmes de formation sur lesquels nous avons des lacunes. Nous devrions alors justifier d'un certain nombre d'heures de présence ou l'acquisition d'un certain nombre de points pour pouvoir continuer à exercer comme cela se fait dans d'autres pays, par exemple aux Etats-Unis.

Hervé REQUILLART

Ce débat existe également au sujet des médecins.

Dr Paul KARSENTY

Les modalités pratiques de la formation continue des chirurgiens dentistes font toujours l'objet d'une discussion. Les débats organisés avec toutes les composantes de la profession ralentiront nécessairement la parution des décrets. Nous pouvons néanmoins constater les progrès indiscutables réalisés. Les organismes dispensateurs de formation seront également sélectionnés après évaluation.

Le caractère obligatoire donne des prérogatives aux pouvoirs publics de la même façon que le contenu de la formation initiale ne dépend pas que de la profession. En effet, ce sont les pouvoirs publics, la société dans son ensemble, qui décident des programmes suivis par les étudiants d'odontologie ou de médecine, en fonction des besoins de la population et non des préférences de la profession, et ce, même si cela doit s'effectuer en collaboration avec celle-ci. La profession apporte son éclairage technique pour des décisions de nature politique.

Or la profession a pris l'habitude, comme les médecins considèrent souvent que la médecine leur appartient, de considérer que la formation, ou la prévention, est de son ressort. Il est vrai que les pouvoirs publics se sont montrés particulièrement indigents dans le passé ce qui a conduit le secteur privé et les professionnels à pallier partiellement cette déficience. Le réinvestissement des pouvoirs publics nécessite donc des ajustements. Certains professionnels ont fortement contesté la prétention de la collectivité à s'exprimer sur les priorités de formation. Or, il semble totalement légitime que la collectivité, que ce soit l'Assurance Maladie ou les pouvoirs publics au sens strict, détermine les priorités de santé publique et qu'elle fasse passer, par exemple, les soins dispensés aux enfants avant les implants ou les techniques de blanchiment.

Dr Christian AUGER

En ce qui concerne la formation continue, l'ensemble de la profession, à travers ses quatre composantes, est réuni puisqu'au CNFCO l'université, les syndicats, l'ADF, et l'Ordre des chirurgiens dentistes ont chacun un collège. Certes, il s'agit des praticiens libéraux car de façon aberrante, mais c'est la loi, salariés et libéraux ne participent pas aux mêmes fonds de formation.

Par ailleurs je ne suis pas d'accord avec ce qui a été dit précédemment. Chaque année, à l'UFSBD, 15 000 libéraux sortent de leur cabinet pour aller à la rencontre de la population. Ils ont donc conscience de leur rôle social.

La promotion de la santé est une mesure de justice sociale. On prend en charge aujourd'hui ce que l'on n'a pas su éviter hier et on prendra en charge demain ce que l'on n'évite pas aujourd'hui. Notre situation actuelle résulte des décisions initiales. A sa création, à la libération, l'Assurance Maladie a eu comme objet la prise en charge des soins, et seul un tout petit volant a été laissé à la prévention et à l'éducation au bon vouloir du fonds social. Or on se rend compte aujourd'hui que la prévention génère des économies et ceci est particulièrement vérifié en matière bucco-dentaire.

Dr Jean-Paul ESPIE,

Service de la Prévention et des Actions Sanitaires, Conseil général de Seine-Saint-Denis

La formation actuelle ne correspond-elle pas à l'offre de soins existante ? Sommes-nous réellement capables de prendre en compte les besoins de la population ou bien les formations sont-elles élaborées en fonction des patients que nous recevons ?

Nous devons travailler sur une offre de soins complémentaire aux populations qui ne bénéficient pas de soins, qui ne fréquentent pas les cabinets libéraux, quelle qu'en soit la raison. La formation, et donc l'université, doit prendre cet élément en considération.

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Vous avez parfaitement raison. Nous avons été interpellés à l'association dentaire européenne par une démarche qui diffère de la notre. Notre formation est essentiellement centrée sur une activité libérale et nous n'avons pas une très bonne lisibilité car nous formons dans des structures hospitalières avec des objectifs de pratique libérale. Or, la culture,

l'organisation, ainsi que la réalité de ces deux univers diffèrent notablement. Nous devons donc amorcer un processus de réflexion. Les deux sont nécessaires et nous manquons de structures intermédiaires.

La situation de l'odontologie reste particulière par rapport à la médecine. En effet, on forme un corps de médecins avec des spécialités strictement hospitalières ce qui n'existe pas vraiment complètement en odontologie. Notre formation ne doit donc pas se limiter à la pratique libérale.

Un intervenant de la salle.

Pourquoi ne parle t-on pas du tout des hygiénistes dentaires alors qu'ils peuvent rendre de grands services à la population en termes de prévention? Pourquoi ce métier n'existe t-il pas en France ?

J'ai passé toute ma vie professionnelle à travailler sur cet aspect. Je suis notamment restée dix ans à Téhéran. Depuis vingt et un ans, je travaille en Suisse en tant qu'hygiéniste dentaire.

Dr Marc SCHOENE

Je vais répondre par un exemple sur un autre terrain. Chaque hiver, de tout jeunes enfants connaissent des problèmes respiratoires liés à la bronchiolite. Une intervention des kinésithérapeutes s'avère souvent nécessaire pour dégager leurs bronches. Or, l'organisation d'une réunion entre les médecins et les kinésithérapeutes destinée à améliorer la prise en charge de cette maladie nécessite cinq années. De plus, nous n'y parvenons pas toujours.

Nous ne possédons pas du tout cette culture. La Loi de Santé publique constitue peut-être une opportunité d'améliorer la situation. Toutefois, nous ne sommes encore qu'au début d'un travail coopératif entre les médecins et les autres professionnels de santé tels que les kinésithérapeutes ou les infirmières de santé communautaire. La Société Française de Santé Publique se compose essentiellement de médecins ce qui ne favorise pas les échanges interdisciplinaires par exemple avec l'odontologie.

Hervé REQUILLART

Vous faites donc référence à un certain corporatisme.

Dr Christian AUGER

Le problème des hygiénistes dentaires se pose depuis longtemps. Globalement la profession n'en veut pas. Quand on sait que 50% des cabinets ne possèdent pas d'assistantes dentaires ce débat n'est pas d'actualité.

Il serait judicieux dans un premier temps que tous les cabinets aient une assistante dentaire avec, même si elle ne travaille pas en bouche, au delà de son activité classique, un rôle d'éducation et d'information des patients. La discussion sur une équipe dentaire comprenant un hygiéniste ne peut venir que dans un deuxième temps.

Dr Paul KARSENTY

L'absence du métier d'hygiéniste dentaire résulte de l'histoire de la profession dentaire, du poids des institutions professionnelles représentant le monde libéral et des intérêts qu'elles défendent. Les changements suscitent généralement de véritables frilosités. Néanmoins, la situation tend à évoluer. La démographie professionnelle en odontologie pose problème. Des études montrent que les professionnels de santé, y compris les médecins, n'assument pas vraiment leur mission d'éducation à la santé. Or, toutes les études démontrent que cette opération se révèle plus efficace lorsqu'elle est exercée par des non-praticiens, notamment par des auxiliaires de santé.

Les auxiliaires de santé dentaire, hygiéniste dentaire ou assistante dentaire qualifiée, deviennent une nécessité et je ne pense pas qu'il faut de préalable, comme le fait que tous les cabinets disposent d'une assistante dentaire. Le Ministère et le Cabinet du Ministre font preuve d'une certaine ouverture à ce sujet. Certes, la concrétisation de cette volonté prendra un peu de temps.

La notion de délégation de tâches se rapporte essentiellement aux cabinets dentaires et peut être insuffisante à décrire une nouvelle formation. Si celle-ci doit élargir les attributions des auxiliaires dentaires au sein de ces structures, elle doit également permettre de travailler dans le cadre de la médecine scolaire et d'organismes publics. Car nous ne le répéterons jamais assez, le sous-développement de la médecine de santé publique est multiplié par dix dans notre discipline.

Contrairement aux médecins et aux pharmaciens, il n'existe pas de dentiste inspecteur de santé publique. Les postes de dentistes scolaires, de PMI ou du travail n'existent pas non plus. La fonction d'hygiéniste dentaire fait actuellement l'objet d'une véritable réflexion.

Un intervenant de la salle

Je fais partie d'une génération qui avait l'habitude de travailler avec des assistantes dentaires. Actuellement, les conditions d'exercice d'un cabinet moyen ne permettent pas de rémunérer une assistante.

Pr Marie-Laure BOY-LEFEVRE

L'association entre hygiénistes et assistantes ne me semble pas totalement lisible. De plus, la profession n'est pas prête. Il y a cinq ans, nous avons déposé à l'Université Paris VII un projet de formation équivalent à la fonction d'hygiéniste. Or, je pourrais vous montrer toutes les lettres d'injures qui nous sont parvenues.

Actuellement, 50 % des cabinets dentaires ne possèdent pas d'assistantes, et ce, pour des motifs apparemment économiques. Or, si nous allons vers une nouvelle définition des assistantes et que les assistantes reçoivent une formation adaptée à de nouvelles compétences, leur salaire enregistrera nécessairement une progression. Pourrions-nous ainsi résoudre le problème lié à l'absence d'assistantes dans les cabinets ? D'autre part les compétences d'une assistante diffèrent de celle d'un auxiliaire de santé.

Docteur Fabien COHEN

Je remercie tous les intervenants ainsi que les personnes de la salle. Je vous renvoie aux actes de la troisième journée de santé publique dentaire. Cette rencontre évoquait notamment la délégation de tâches.

Nous devons encore réaliser de nombreux travaux. Nous nous sommes entretenus avec le Comité Scientifique. Nous avons émis un certain nombre de propositions qui vous seront soumises. Par ailleurs, il semble totalement judicieux de ne pas limiter la réflexion à un niveau franco-français, et ce, même si nous connaissons des problématiques spécifiques.

Je remercie également Hervé REQUILLART pour la qualité de son animation. J'espère donc vous retrouver l'année prochaine.

lique | prévention santé publique |
prévention santé publique | préven-
tion santé publique | prévention
santé publique | prévention santé

Organisation du colloque

Dr Bernard MOLINE (CG93) et **Dr Philippe HUGUES** (ASPBD)

Réalisation des documents

Dr Philippe HUGUES (ASPBD) et **Dr Paul BISSILA** (CG93)

La Direction de la Communication du CG93

**Remerciements à tous les participants
qui ont permis la réussite de cette manifestation.**

santé publique | prévention santé
publique | prévention santé publique
prévention santé publique | préven-
tion santé publique | prévention
santé publique | prévention santé
publique | prévention santé publique
prévention santé publique | préven-
tion santé publique | prévention
santé publique | prévention santé
publique | prévention santé publique
prévention santé publique | préven-
tion santé publique | prévention
santé publique | prévention santé

En
partenariat
avec



vention santé publique | prévention
santé publique | prévention santé