



Colloque National de Santé Publique

Sous le Patronage de **Mme Roselyne BACHELOT**,
Ministre de la Santé et des Sports
et sous le Haut Patronage de **M. Martin HIRSCH**, Haut Commissaire à la Jeunesse



Colloque parrainé par
Mme Marie-Thérèse HERMANGE,
Sénateur

Santé bucco-dentaire : où sont les jeunes !
La place de la santé bucco-dentaire chez les jeunes adultes
Actes du Colloque

Vendredi 9 octobre 2009

UFSBD
Département de Santé Publique
7 rue Mariotte - 75017 Paris
tél : 01 44 90 72 80 - Fax : 01 44 90 96 73
e-mail : opesantepublique@ufsbd.fr



CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE
NOUVEAUX CONCEPTS D'ÉDUCATION ET DE PRATIQUES BUCCO-DENTAIRES



L'UFSBD remercie l'INPES de son précieux concours
pour la réalisation du colloque national de santé publique.

Sommaire

ACCUEIL

Allocution d'accueil du Pr Denis BOURGEOIS	3
<i>Doyen de la Faculté Dentaire, Université de Lyon I</i>	

OUVERTURE DU COLLOQUE

Allocution d'ouverture de M. David GRUSON	4
<i>Chargé de mission auprès du Haut Commissaire à la Jeunesse</i>	

Allocution d'ouverture de Mme Marie-Thérèse HERMANGE	6
<i>Sénateur de Paris (prononcée par le Dr Jacques WEMAERE)</i>	

Allocution d'ouverture du Dr Patrick HESCOT	7
<i>Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire</i>	

Allocution d'ouverture de Mme Anne-Laure AUBRET	9
<i>Direction de l'offre de santé mutualiste Fédération Nationale de la Mutualité Française</i>	

ETAT DES LIEUX

QU'EST-CE QU'UN JEUNE AUJOURD'HUI ?	12
---	----

Dr Xavier POMMEREAU

Psychiatre, Chef de Service

Responsable du Pôle Aquitain de l'adolescent, Centre Abadie, CHU de Bordeaux

Questions/Réponses relatives à l'intervention de M. Pommereau	14
--	----

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE 2009 DE L'USEM SUR LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS	15
--	----

M. Benjamin CHKROUN

Délégué Général de l'Union Nationale des Sociétés Etudiantes Mutualistes Régionales

Questions/Réponses relatives à l'intervention de M. Chkroun	17
--	----

LES JEUNES ET LES CONDUITES ADDICTIVES	18
--	----

Dr Alain RIGAUD

Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service EPSM Marne, Addictologue

Président National de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

Questions/Réponses relatives à l'intervention de M. Rigaud	21
---	----

SURPOIDS ET OBÉSITÉ DE L'ENFANT - PRÉVALENCES, FACTEURS ASSOCIÉS, ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE	23
---	----

Dr Sébastien CZERNICHOW

Unité de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle

Hôpital Avicenne & Université Paris XIII

Sommaire

STRATÉGIES DE PRÉVENTION : ENJEUX ET LIENS AVEC LES QUESTIONS DE PRISE EN CHARGE ET DE PROTECTION SOCIALE	26
Dr Emmanuel RICARD <i>Médecin de Santé Publique</i> <i>Délégué Général de la Société Française de Santé Publique</i>	
Questions/Réponses relatives à l'intervention de M. Ricard	29
PROPOSER DES SOLUTIONS FACE A LA PROBLEMATIQUE	31
DES CONSTATS AUX SOLUTIONS	32
Pr Monique-Marie ROUSSET <i>PU-PH, Faculté de Lille</i> <i>Membre du Haut Conseil de Santé Publique</i>	
« M' T Dents » : UNE ACTION ILLUSTRATIVE DE LA DÉMARCHE DE L'ASSURANCE MALADIE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION	35
Mme Marie-Christine KETERS <i>CNAMTS - Responsable du Département Information et Prévention</i>	
QUELLES SOLUTIONS POUR LES JEUNES ? RÉALISATION D'UNE ACTION DE PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE POUR LES ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS ...	38
Dr Jacques WEMAERE <i>Secrétaire Général Adjoint de l'UFSBD</i>	
Dr Laurence LUPI-PEGURIER <i>MCU/PH, Faculté de Nice</i>	
Dr Rémi SIONNEAU <i>Chirurgien-dentiste à Menton</i>	
POPULATION ÉTUDIANTE : CIBLE ET ACTEUR DE LA PRÉVENTION L'EXPÉRIENCE DU RÉSEAU ÉTUDIANT DE LA FAGE	42
M. Nicolas GRONDIN <i>Vice-Président en charge de la Prévention, de la Citoyenneté et de la Solidarité à la Fédération des Associations Générales Etudiantes</i>	
TABLE RONDE	44
CONCLUSION	48
Allocution de clôture du Dr Patrick HESCOT	



Allocution d'accueil

Pr Denis BOURGEOIS

Doyen de la Faculté Dentaire, Université de Lyon I

Bonjour à tous,

En guise d'introduction à ce dixième colloque organisé par l'UFSBD autour de la problématique de la santé bucco-dentaire chez les jeunes adultes, je souhaiterais vous faire part de cas concrets. Parler, par exemple, de la santé bucco-dentaire chez les enfants et chez les jeunes amène souvent à évoquer les questions de précarité, de marginalisation ou de populations à risque. En tant que doyen de la faculté, je côtoie des étudiants qui, sans connaître forcément la précarité, n'en sont pas moins dans des situations difficiles. Savez-vous que l'inscription à un doctorat de troisième cycle ne nécessite pas moins de 1 400 euros de revenus ? Nous disposons également de chaires vacantes, que nous pouvons proposer à des vacataires, c'est-à-dire à des étudiants relativement défavorisés. Mais la loi exige qu'ils exercent une activité salariée. Il s'agit là, selon moi, d'un non-sens. De la même manière, je suis surpris du nombre d'étudiants contraints de cumuler leur cursus universitaire et un travail à temps partiel.

La précarité, dont il est souvent question, est donc beaucoup plus transversale qu'il n'y paraît. C'est sous cet angle que je souhaiterais aborder cette journée de débats, au gré d'une approche qui soit à la fois intergénérationnelle et interprofessionnelle. L'objectif n'est pas de se faire l'avocat d'une profession particulière mais de dégager des pistes de travail pour l'ensemble du secteur de la santé.

Les grandes questions qu'il convient d'aborder sont les suivantes.
Quelles sont les priorités en termes de santé bucco-dentaire mais également de manière plus large ? Quelles alternatives s'offrent à nous ? Quelles solutions concrètes pouvons-nous imaginer ? Quelles sont les stratégies à mettre en place ? Autant d'interrogations que nous souhaitons traiter dans l'optique d'une réduction des inégalités face à la santé.

Allocution d'ouverture

M. David GRUSON

Chargé de mission auprès du Haut Commissaire à la Jeunesse

Je représente M. Martin Hirsch, qui tient à remercier l'UFSBD et son Président ainsi que toutes les équipes ayant préparé cette manifestation, en particulier Jacques Wemaere.

Le choix de ce thème est symboliquement très important. Il s'inscrit d'ailleurs idéalement dans l'actualité, une semaine après le discours du Président de la République en Avignon sur la refonte globale de la politique de jeunesse.

Je souhaite, par mon intervention, vous faire partager un certain nombre de projets poursuivis par le Haut Commissariat à la Jeunesse. La mobilisation du gouvernement à l'égard de la santé des jeunes est forte. La démarche en faveur de cet enjeu prioritaire a été initiée par Roselyne Bachelot Narquin, lors de la présentation de son Plan santé Jeunes en février 2008. Il est issu des travaux antérieurs très riches du Dr Xavier Pommereau, qui ont permis de positionner cette problématique au coeur du débat public. Par la suite, lorsque Martin Hirsch est nommé Haut Commissaire à la Jeunesse en février 2009, le Président de la République lui demande d'organiser une concertation nationale sur l'autonomie des jeunes dans tous ses aspects : emploi, orientation, logement, santé... Nous nous sommes alors interrogés sur la manière d'aborder ce dernier thème un an après le lancement du Plan Santé Jeunes. Il s'agissait d'un sujet vaste et complexe, qu'il convenait de ne pas négliger. Aussi avons-nous décidé de mettre en place un groupe de concertation, animé par Xavier Pommereau et Didier Tabuteau, Président de la Chaire Santé de Sciences Po. Le travail s'est déroulé selon un angle prioritaire et une approche méthodologique tous deux chers à Martin Hirsch.

L'angle prioritaire est celui de l'accès aux soins pour les jeunes les plus défavorisés. Lorsqu'on aborde le sujet de la jeunesse, les problématiques s'imbriquent inévitablement. Les difficultés de ressources, de logement et d'emploi se répercutent les unes sur les autres en une sorte de cercle vicieux et produisent à leur tour des effets sur les indicateurs de santé publique. Les études disponibles, bien qu'encore fragmentaires, font état d'indicateurs inférieurs à ce que l'on serait en droit d'exiger dans notre pays.

Les propositions du groupe de travail ont été rassemblées dans le Livre Vert sur la politique de la Jeunesse, publié en juillet 2009. Questions, réactions et contributions nous sont, depuis, parvenues. Le discours du Président de la République en Avignon sur la politique globale de la jeunesse a ainsi traité l'ensemble de ces dimensions. Des mesures ont été annoncées : l'extension du Revenu de Solidarité Active aux jeunes travailleurs pouvant se prévaloir de deux années d'exercice à temps plein au cours des trois dernières années, la mise en place d'un véritable service public de l'orientation professionnelle, le lancement d'un plan national de lutte contre le décrochage scolaire et l'aide à l'accès au logement. Dans le domaine de la santé, un doublement de 100 à 200 euros de l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire a été annoncé. D'après les données dont nous disposons, cette somme permet de couvrir l'intégralité du reste à charge en soins de ville et à l'hôpital des jeunes se trouvant dans une fourchette de revenus allant jusqu'à 20 % au-delà du plafond de la CMU complémentaire. Cette mesure est, pour

nous, emblématique de ce que nous voulons entreprendre en faveur de l'accès aux soins des jeunes en difficulté. Elle reste, cependant, insuffisante.

C'est pourquoi j'évoquais également l'approche méthodologique propre au Haut Commissaire à la Jeunesse : celle de l'expérimentation, à laquelle vous serez certainement sensibles en tant que scientifiques. Martin Hirsch, qui l'a adoptée dans le cadre du RSA, souhaite l'utiliser de nouveau aujourd'hui. Il dispose pour ce faire d'un Fonds d'expérimentation pour la jeunesse, créé par la loi généralisant le RSA et globalement doté de cent cinquante millions d'euros sur deux ans. Il fonctionne par tranches d'appels à projets successifs. La première, initiée au mois d'avril 2009, portait sur les problématiques d'emploi, d'orientation et de logement. Elle a rencontré une mobilisation très forte. Sur les 500 projets qui nous ont été présentés, nous en avons retenu 165, parmi lesquels figure celui dont vous avez certainement entendu parler sur la lutte contre l'absentéisme à l'école.

Nous abordons actuellement la seconde phase du Fonds d'expérimentation, qui comprend une ligne spécifique sur la santé des jeunes dotée de quatre millions d'euros. Sur le fond, nous entendons nous centrer sur les axes identifiés par le Livre Vert. S'agissant d'accès aux soins, comment faire en sorte, par exemple, que les dispositifs tels que la CMU ou l'aide à la complémentaire santé rencontrent bien leur public ? En effet, nous nous sommes aperçus que, quelles que soient les aides envisagées, une partie de la jeunesse reste à l'écart des dispositifs. Notre volonté est donc d'initier des projets issus du terrain et mettant en oeuvre un partenariat local afin de garantir leur accessibilité aux jeunes les plus en difficulté. Nous souhaitons également expérimenter le tiers payant généralisé pour les jeunes, qui permettrait un accès au soin d'une manière plus intelligible et plus directe. Nous voulons, enfin, promouvoir des projets innovants de prévention et d'éducation à la santé par les pairs, c'est-à-dire par les jeunes eux-mêmes. Le vecteur en serait le service civil volontaire, qui concerne à l'heure actuelle 2000 d'entre eux. Le Président de la République nous a fixé l'objectif très ambitieux de porter ce chiffre à 10 000 en 2010, en favorisant notamment l'engagement des jeunes dans la filière médico-sociale. Nous comptons dès lors initier une forte participation des acteurs de la santé à ce service civil volontaire, en reprenant notamment l'idée du Relais-Santé Jeunes émise par le groupe de travail présidé par Xavier Pommereau.

Vous le voyez, le colloque d'aujourd'hui s'avère totalement en phase avec ce que nous souhaitons mettre en oeuvre. D'autant plus que les soins dentaires sont explicitement identifiés dans l'appel à projets expérimentaux présenté ce matin, dans la mesure où l'accès à ces soins constitue l'un des marqueurs lourds de précarité. Votre participation à l'opération M'T Dents prouve que cette thématique retient toute votre attention et que l'identification de pratiques innovantes vous tient particulièrement à coeur. Ce colloque, enfin, se tient à un moment idéal, soit vingt jours avant la conférence nationale pour le suivi du Plan Santé Jeunes, organisée par Martin Hirsch et Roselyne Bachelot le 29 octobre prochain.

Allocution d'ouverture

Mme Marie-Thérèse HERMANGE

Sénateur de Paris (prononcée par le Dr Jacques WEMAERE)

Je regrette de ne pouvoir être présente car c'est devenu maintenant une tradition pour l'UFSBD de faire du Sénat un lieu pour ses colloques. C'est un honneur pour moi et une chance pour notre Haute Assemblée de vous recevoir ici.

J'espère que, grâce à ce colloque, population, élus et professionnels de la santé prendront davantage conscience de l'importance des enjeux de la prévention en matière bucco-dentaire. L'aborder sous l'angle de la jeunesse, période où l'on est le réceptacle de toutes les forces mais aussi de toutes les fragilités, c'est nous rappeler à quel point nous devons être attentifs aux difficultés de nos jeunes, qu'elles soient d'ordre sanitaire ou social.

Le programme de votre journée rassemble des personnes qualifiées en la matière et dévouées à cette cause. Je vous souhaite donc un excellent colloque.

Allocution d'ouverture

Dr Patrick HESCOT

Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-dentaire

Je tiens à remercier Jacques Wemaere, qui a été la cheville ouvrière de ce colloque. Le fait de tenir aujourd'hui notre dixième colloque prouve que la méthodologie que nous avons élaborée est payante. Nous avons toujours eu la volonté d'être à l'écoute, de connaître les populations auxquelles nous nous adressons et de travailler de manière transversale en les associant à l'élaboration de solutions. Nous avons ainsi rencontré de nombreux succès auprès de populations vulnérables et oeuvré à la reconnaissance de la santé bucco-dentaire en tant qu'indicateur de santé tout court, c'est-à-dire de bien-être physique, moral et social. Comment, en effet, peut-on rire, manger, aimer, avoir une vie sociale et amoureuse sans une bonne santé dentaire ? Nous, chirurgiens-dentistes, sommes les garants de ce temple. Notre objectif est d'aider chacun, de la naissance à la mort, à mordre la vie à pleines dents.

Prenons l'exemple des personnes âgées dépendantes. Aujourd'hui, grâce à nos colloques et à nos travaux, l'UFSBD intervient dans la majorité des EHPAD privés pour former le personnel aidant, afin de garantir une fin de vie correcte à leurs résidents. Les chirurgiens-dentistes avaient un grand rôle à jouer. Un précédent colloque nous a justement permis d'identifier les problèmes, pas nécessairement financiers mais bien souvent culturels, avec les gériatres, les directeurs d'EHPAD, les responsables d'associations et les personnes âgées elles-mêmes. Notre volonté a été de rassembler les personnes de bonne volonté, de les aider et de leur faire prendre conscience de l'utilité de travailler ensemble.

Cette méthodologie, qui nous a menés à ce dixième colloque, nous ne l'avons pas inventée. Elle est internationale et l'UFSBD, en tant que Centre Collaborateur OMS, l'applique non seulement en France mais également dans les échanges que nous entretenons avec d'autres pays à propos des solutions que chacun peut apporter aux problèmes de santé publique.

Nous sommes réunis aujourd'hui pour parler des jeunes et de la santé bucco-dentaire. Il est vrai que, malheureusement, certains n'accordent pas suffisamment d'importance à cette problématique. Aussi suis-je intervenu, au moment du lancement du Plan Santé Jeunes, pour rappeler que l'aspect dentaire avait été oublié. Je tiens à saluer, à cet égard, M. Martin Hirsch et M. David Gruson, qui ont réagi immédiatement lorsque je les ai alertés et qui proposent aujourd'hui des mesures concrètes. Grâce à eux, et en l'espace de quelques mois, nous sommes parvenus à convaincre nos partenaires publics et à travailler avec eux à l'avenir de la santé en France.

Il ne s'agit pas aujourd'hui d'un point de départ mais d'un point d'étape. Nous travaillons depuis longtemps sur ces problématiques, au travers d'opération comme M'T Dents en partenariat avec l'Assurance Maladie et les syndicats dentaires. Je voudrais rappeler que la problématique ne se limite pas aux étudiants mais concerne l'ensemble des jeunes, notamment ceux en situation de précarité, qui n'ont pas les moyens ou l'envie de s'intéresser à leur propre santé. De la même manière, notre problématique ne se cantonne pas à l'aspect bucco-dentaire mais couvre la santé en général. Nous envisageons la santé bucco-dentaire comme un indicateur de santé, bien sûr, mais également d'insertion sociale. Le partenariat que nous avons développé avec le Samusocial de Paris et la Croix Rouge nous a montré, par

Santé bucco-dentaire : où sont les jeunes !

exemple, que l'état de santé bucco-dentaire nous permet de dire si les personnes vulnérables rencontrées sont en situation d'insertion ou d'exclusion de la société. En tant que chirurgiens-dentistes, nous devons impérativement nous préoccuper de ces populations et ne pas les laisser au bord de la route.

Nous entamons aujourd'hui une deuxième étape, celle du colloque, qui suit celle de l'écoute et précède celle du projet. En effet, dans les mois qui viennent, l'UFSBD, ses partenaires naturels, le Conseil de l'Ordre et les syndicats travailleront en réseau à l'élaboration de projets. J'aimerais, à cet égard, profiter de la présence de responsables politiques pour lancer un cri d'alarme et les mettre en garde. Actuellement, des hommes et des femmes de bonne volonté créent des associations mais elles ne sont pas représentatives. Ils oublient alors une chose essentielle : pour monter un réseau et oeuvrer du mieux possible, il faut travailler avec l'ensemble d'une profession et pas seulement avec certains de ses éléments. En l'occurrence, la profession dentaire est bien organisée. Elle regroupe un Conseil de l'Ordre, deux syndicats : la CNSD, l'UJCD-Union Dentaire et un organisme chargé de la prévention : l'UFSBD. On le voit depuis quelques années, tous les autres réseaux sont voués à l'échec et engouffrent avec eux des centaines de milliers d'euros. C'est le sens de mon alerte aux hommes politiques : vous avez la chance de pouvoir collaborer avec une profession unie et volontaire. L'UFSBD, quant à elle, existe depuis 1966 et s'avère prête à relever tous les défis, avec l'aide de ses partenaires que sont la Mutualité Française et l'INPES. Ces partenaires nous accompagnent non seulement pour l'organisation de ce colloque, mais aussi et surtout dans l'ensemble des actions que nous menons.

Avant de laisser la place aux intervenants pour débattre des sujets de santé, je voudrais remercier de tout coeur M. Pommereau, qui nous fait l'honneur d'être présent parmi nous. Serge Hercberg, avec qui nous collaborons au sein du projet Nutrinet, n'est malheureusement pas là mais je tenais à souligner, comme l'UFSBD le fait depuis quarante ans déjà, toute l'importance de l'alimentation dans les problématiques de santé bucco-dentaire. Alain Rigaud, qui travaille avec nous depuis tant d'années, nous a permis de développer une approche transversale et de prendre conscience de notre rôle d'éducation à la santé, notamment en matière d'addiction. Il est, par exemple, anormal que l'ensemble des professions de santé à l'exception des chirurgiens-dentistes aient le droit de prescrire un sevrage tabagique. On reconnaît notre rôle d'éducateurs de santé mais ce droit nous est refusé.

En conclusion, nous sommes 41 000 chirurgiens-dentistes en France, à 95 % libéraux, à être convaincus d'avoir un rôle à jouer en termes d'éducation à la santé. Notre préoccupation actuelle concerne les jeunes, trop souvent absents de nos cabinets dentaires. Avec l'aide de l'Assurance Maladie et des syndicats, nous avons mis en place l'EBD pour les enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans mais, en pratique, nous constatons une baisse de fréquentation des 15 et surtout des 18 ans. Certes, la France est en tête des pays d'Europe pour la qualité de la santé bucco-dentaire à 12 ans mais, en l'absence d'enquête épidémiologique, nous n'avons pas d'indicateurs pour la tranche d'âge 18-25 ans.

Notre projet aujourd'hui est d'aller vers la population, discuter avec elle, assurer une présence quotidienne de proximité, désacraliser le chirurgien-dentiste et dédramatiser le soin dentaire. Au sein de l'UFSBD, nous sommes aujourd'hui 15 000 professionnels à sortir de nos cabinets pour aller dans les écoles, dans les EHPAD et auprès des personnes handicapées. Notre profession est motivée et entend accomplir pleinement son rôle sociétal. Demain, la réforme des ARS placera la prévention au coeur du système de santé et je peux vous dire que la profession dentaire répondra présent !

Allocution d'ouverture

Mme Anne-Laure AUBRET

*Direction de l'offre de santé mutualiste Fédération Nationale
de la Mutualité Française*

Au nom de la Mutualité Française, je tiens à vous faire part du plaisir d'être présente parmi vous à ce dixième colloque, qui matérialise le point de départ d'une nouvelle année de collaboration. Intervenir en ouverture de ce colloque dédié à la santé bucco-dentaire nous permet de réaffirmer qu'il s'agit là d'un enjeu de santé publique mais aussi d'un fait de société. Cela fait partie des leitmotivs de la Mutualité Française, qui s'emploie sans relâche à développer une offre globale de santé au plus près des besoins de la population. Pour nous, il est évident qu'une bonne santé bucco-dentaire fait partie intégrante d'un bien-être personnel et social, particulièrement auprès des jeunes étant donnée la fragilité qu'ils peuvent connaître tant au moment de l'adolescence que de l'entrée dans le monde du travail.

Il existe des interdépendances fortes entre santé bucco-dentaire, nutrition et addictions. Je voudrais rappeler l'importance, aux yeux de la Mutualité Française, de la prévention et d'une approche globale de la santé dans ce domaine. L'accord qui nous unit à l'UFSBD depuis de nombreuses années porte d'ailleurs essentiellement sur le développement d'actions de prévention et d'amélioration de la prise en charge, au sein notamment de nos cabinets dentaires et dans une perspective de réduction des inégalités de santé. Concrètement, notre partenariat permet l'organisation d'actions de terrain dans le cadre de nos unions régionales et départementales, une participation conjointe à des colloques nationaux de santé publique et une étroite collaboration au Haut Conseil de Santé Bucco-dentaire. Dans le cadre d'un partenariat conjoint avec l'UFSBD et l'INCa, plus de 250 de nos chirurgiens-dentistes ont été formés cette année à la prévention et à la détection précoce des cancers buccaux. L'un des objectifs de la Mutualité Française est de favoriser l'accès à des soins de qualité pour tous sur l'ensemble du territoire. Cela passe par des programmes de santé publique mais aussi par des expérimentations de nouvelles pratiques professionnelles. Les tarifs sont un élément important de l'accès aux soins. Ils doivent être incitatifs pour permettre aux jeunes, précaires ou actifs, de ne pas renoncer aux soins ou aux actes prothétiques pour des raisons financières. Or nous constatons, dans nos 440 centres dentaires mutualistes, qu'un grand nombre de nos concitoyens commencent à renoncer aux soins, particulièrement en période de crise économique.

La Mutualité Française protège aujourd'hui 38 millions de personnes, au travers de ses 800 mutuelles de santé. Elle est le premier acteur de santé publique après l'Etat et l'Assurance Maladie. Elle représente également 2 300 services de soins et d'accompagnement, intervenant dans le champ sanitaire, social et médico-social et répartis sur l'ensemble du territoire. Parmi ceux-ci figure un réseau de 440 centres dentaires mutualistes, qui emploie 1 600 chirurgiens-dentistes, autant d'assistants dentaires et comptant en moyenne trois fauteuils. Dans le domaine de la prévention, la Mutualité Française siège au comité de pilotage du programme PNNS, qui définit des politiques nutritionnelles ambitieuses de prévention et d'éducation à la santé. Plus de 80 programmes ont été développés dans ce cadre par nos unions régionales et nos centres dentaires ces dernières années. Localement, les groupements mutualistes s'impliquent dans le plan de santé des jeunes. Je voudrais également mettre l'accent sur notre programme Priorité Santé Mutualiste, qui consiste notamment en la création d'un centre d'appels visant à conseiller, informer et orienter nos adhérents sur les questions de cancer, d'addictions, de maladies cardio-vasculaires et de maintien de l'autonomie. Par ce biais, nous avons notamment l'ambition d'accompagner les jeunes en

Santé bucco-dentaire : où sont les jeunes !

difficulté psychologique et/ou financière dans le cadre du système de santé. Toujours dans le souci d'expérimenter et d'innover, nous avons lancé en 2009 le programme « Bouge, une priorité pour ta santé » à destination des jeunes. Il a pour vocation, en partenariat avec l'Union Nationale du Sport Scolaire, de lutter contre la sédentarité des jeunes collégiens. L'expérimentation s'est faite auprès de plus de 2 000 élèves de 6ème et de 5ème en Lorraine, Bourgogne, Franche-Comté et Ile-de-France. Ce programme sera généralisé à l'ensemble des régions en 2010 et nous réfléchissons aujourd'hui à son extension à la population des jeunes adultes, également concernée par le surpoids.

Si la Mutualité Française est présente sur le terrain de la santé bucco-dentaire, notamment auprès des enfants, il reste néanmoins beaucoup à faire en termes de prévention auprès des jeunes adultes. Le colloque d'aujourd'hui a donc toute son importance dans cette démarche et je vous propose que nous le prolongions par l'organisation, avec nos partenaires, de conférences-débats et de séances d'information/formation/sensibilisation autour de la problématique de la santé bucco-dentaire, de la nutrition et des addictions, en nous donnant pour objectif d'atteindre la population des jeunes adultes.



La place de la santé bucco-dentaire
chez les jeunes adultes

Etat des lieux

Qu'est-ce qu'un jeune aujourd'hui ?

Dr Xavier POMMEREAU

Psychiatre, Chef de Service Responsable du Pôle Aquitain
de l'adolescent, Centre Abadie, CHU de Bordeaux

I. Définition

Je ne prétends pas, dans cette brève présentation, faire le tour de la question et réduire la problématique des jeunes à quelques-uns de ses aspects. Sachant que je m'adressais à un public de chirurgiens-dentistes, j'ai voulu mettre l'accent sur les points qui me paraissent très importants en termes de prévention et de prise en charge, dans la perspective de ce qu'est un jeune aujourd'hui.

Une première difficulté tient à la définition. On entend par « jeune » un individu de moins de 25 ans. Mais s'agissant de « l'adolescent », les repères deviennent flous. Une définition académique retiendrait une tranche d'âge allant de 13 à 18 ans. Cependant, nous sommes à une époque et dans une société où la puberté est incontestablement plus précoce : les jeunes filles ont leurs premières règles à 12 ans en moyenne tandis que les garçons démarrent leur puberté aux alentours de 13/14 ans. Si l'on s'en tient à une définition étymologique, adolescent vient du latin *adolescere*, signifiant grandir, croître, pousser comme on le dirait d'une plante. L'adolescence se confondrait alors avec la période de croissance pubertaire, c'est-à-dire de 12 à 16 ans chez les filles et de 13 à 17 ans chez les garçons.

Lorsque nous évoquons les jeunes, sans intégrer les enfants dans cette notion, nous parlons donc de ceux qui prétendent appartenir à la « planète ado », sorte de nébuleuse socio-économique comprenant les 8-20 ans et parfois bien au-delà. Les jeunes n'ont de cesse de vouloir intégrer cette planète, qui se fédère autour de la consommation. Dès leur origine latine, il existe un risque de confondre *consumere* et *consumare*, consumer et consommer. Dans les faits, on confond souvent la consommation, c'est-à-dire l'absorption boulimique de tout, avec la nourriture ou l'alimentation. Tout s'achète, tout se vend, tout se jette. La boulimie alimentaire, audiovisuelle et de sensations apparaît en effet comme l'une des caractéristiques de la « planète ado », à côté de laquelle figure la question de l'apparence. On ne se définit plus aujourd'hui en fonction de son origine familiale mais à travers son look et le groupe d'appartenance qu'on revendique, ce qui implique un certain nombre de postures, de codes, de signes et d'insignes. L'enjeu est d'être lisse, brillant, svelte et à l'aise, aussi bien dans ses mouvements que matériellement. Enfin, la communication apparaît comme la troisième caractéristique de la « planète ado », qui s'avère branchée en permanence à son téléphone portable, à son MP3, à l'internet...

II. Les Jeunes et leur santé

Lorsqu'on demande aux jeunes ce qu'ils pensent de la santé, ils répondent : « c'est être bien dans sa tête et dans sa peau ». Mais évoquer la question du « capital santé », c'est-à-dire des conséquences à long terme de leurs pratiques actuelles, c'est leur parler d'un horizon très lointain, d'une autre vie. Il s'agit d'un aspect très important à retenir dans une perspective de prévention : il faut imaginer des messages ayant des effets immédiats ou du moins en rapport avec la temporalité adolescente. Il faut les mobiliser ici et maintenant. Ils acceptent très mal, d'autre part, les conseils de santé des adultes, qu'il s'agisse de leurs parents ou de professionnels, toujours suspectés de vouloir les contrôler et d'en vouloir à leur liberté. De manière paradoxale, ils se révoltent contre ce type de discours alors même qu'ils sont d'accord. Mais

le reconnaître reviendrait à se démettre, notamment vis-à-vis de leurs parents. Nous avons donc tous à jouer un rôle d'adultes-relais, capables de mobiliser ces jeunes gens en tenant un discours de prévention qui ne sera pas entendu de la même manière que celui des parents. D'une manière plus générale, en tant qu'adulte du corps social, il faut prendre conscience de l'importance de croiser nos responsabilités.

S'agissant de santé bucco-dentaire, l'hygiène des jeunes laisse souvent à désirer, par manque de temps et d'intérêt et de façon plus marquée chez les garçons que chez les filles. Par ailleurs, les aliments et les boissons qu'ils affectionnent attaquent les dents. Or peu d'entre eux le savent. Ils ignorent, par exemple, que les hamburgers, les barres chocolatées et autres produits mous ne favorisent pas la mastication, qu'il s'agit de produits fondants et collants restant longtemps en contact avec l'émail dentaire et que l'absence de fibres ne génère aucun auto-brossage des dents. De la même manière, ils ne savent pas que le grignotage incessant, le sucre et les sodas, y compris les boissons light, acidifient la salive. Il faut également prendre en compte les effets nocifs du tabac sur les dents et les gencives. Par ailleurs, la consommation d'alcool et de cannabis, au-delà des problèmes posés par l'addiction à ces substances, favorise le grignotage. Tous ces facteurs montrent qu'il est impossible de traiter le problème bucco-dentaire sans faire référence à d'autres grands champs de la prévention, tels que la nutrition ou les addictions. Enfin, les piercings linguaux ou les bijoux de dents sont susceptibles d'endommager l'émail et la perception qu'ils en ont est souvent stupéfiante. Ils ne réalisent pas, par exemple, les conséquences du frottement de leur piercing sur les dents.

Que pensent-ils de leur santé bucco dentaire ? Tous affirment vouloir de belles dents. Ils veulent être conformes à l'image véhiculée par les magazines et les émissions télévisées. Ainsi, leur véritable crainte reste l'accident. En dehors de cela, ils pensent exclusivement à leurs dents en cas de douleur, c'est-à-dire un peu trop tard. Paradoxalement, ils acceptent l'orthodontie parce qu'elle est source d'embellissement à relativement court terme. A cet égard, l'adaptation des appareils dentaires aux couleurs et aux matières qui plaisent aux adolescents participe au succès de l'orthodontie. Ils sont consommateurs, ils veulent des produits attrayants. Il faut donc travailler la présentation des objets servant à l'hygiène bucco-dentaire.

Ils craignent le dentiste pour de mauvaises raisons : son image reste associée à celle de douleur alors que des progrès considérables ont été réalisés dans ce domaine. L'enjeu reste donc de changer cette représentation erronée, en organisant par exemple la visite de cabinets dentaires ou en expliquant mieux les pratiques. Issus de la génération de l'image, les jeunes apprécient ainsi particulièrement que le dentiste leur présente, sur l'écran, leur morphologie dentaire.

La prise en charge des soins continue de poser problème et termes d'accès et de remboursements. Il existe un gradient en fonction du niveau socio-économique qui influe sur la précocité comme sur la durée des soins. Il reste indéniablement des efforts à faire dans ce domaine.

Au-delà des aspects préventifs sur lesquels nous intervenons déjà, il nous faut vraiment essayer de surfer nous aussi sur les trois mots-clés que sont la consommation, l'apparence et la communication, même si nous déplorons par ailleurs l'attachement exclusif des jeunes à ces concepts. Nous ne pourrions pas les inciter à une meilleure santé bucco-dentaire sans prendre en compte leur aspect « consommateur » et leur désir de produits attrayants, tout comme les lunettiers ont été capables de faire évoluer les lunettes d'un objet de handicap vers un objet de mode. Nous devons également insister sur l'aspect « apparence », en mettant en avant par exemple l'importance du sourire, comme vous l'avez fait sur la plaquette de présentation du colloque. S'agissant, enfin, de l'aspect « communication », nous devons investir les supports qu'ils utilisent par la création de sites internet ou l'animation de forums.

Questions/Réponses relatives à l'intervention de M. Pommereau

De la salle

Je suis Présidente du Syndicat des Spécialistes Français en Orthopédie dento-faciale. Dans notre spécialité, nous voyons beaucoup d'enfants. Le fait qu'ils aient des traitements orthodontiques participe, à mon avis, à leur bonne hygiène bucco-dentaire. Mais d'après ce qu'ils nous disent, ils sont dérangés par le bruit et l'odeur de nos cabinets.

Pr Denis BOURGEOIS

Comment s'opère le transfert de la jeunesse vers la maturité ?

Dr Xavier POMMEREAU

Je suis incapable de répondre à cette question car aujourd'hui les marqueurs de passage sont particulièrement flous. Sur certains aspects, et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous nous trouvons souvent désemparés, nous constatons que les jeunes font preuve d'une grande autonomie et d'une incroyable maturité. Sur d'autres aspects, en revanche, ils s'avèrent très dépendants et immatures et ont donc besoin de nous. Ils veulent qu'on les lâche, ils ne veulent pas qu'on les laisse. J'insiste sur ce point, car la pire idée serait de considérer qu'un adolescent puisse se débrouiller tout seul pour grandir. Ils ont besoin de pouvoir s'appuyer sur nos positions, à partir du moment où elles sont fermes, tolérantes et anticipables. Des adultes fluctuants ne leur conviennent pas. Je me souviens d'une jeune fille arrivant à mon cabinet et m'expliquant qu'elle avait dû faire les courses parce que le réfrigérateur familial était vide. De telles situations les privent d'une partie de leur jeunesse en leur imposant d'être adultes avant l'âge. Ce n'est pas à eux de remplir le réfrigérateur mais aux adultes qui les en charge.

Pour répondre à la remarque de la salle, je trouve intéressant, lorsque vous recevez des enfants, de pouvoir vous appuyer sur leurs parents, quitte à les réunir pour leur expliquer les soins dentaires à prodiguer. Nous sommes dans une société hyper-individualiste, au sein de laquelle les enfants se trouvent trop seuls. Ils sont à la fois trop souvent et trop longtemps avec nous et trop seuls parmi nous. Il faut donc augmenter la surface d'échanges pour les plus jeunes.

Présentation de l'enquête 2009 de l'USEM sur la santé des étudiants

M. Benjamin CHKROUN

*Délégué Général de l'Union Nationale des Sociétés Etudiantes
Mutualistes Régionales*

I. Méthodologie de l'enquête

Cette enquête a été réalisée par l'USEM de janvier à février 2009 auprès d'étudiants, c'est-à-dire une population particulière parmi les jeunes.

Les mutuelles étudiantes exercent trois grandes activités : elles ont une délégation de service public pour la gestion de la sécurité sociale étudiante, elles opèrent en tant que mutuelles et mènent des actions de prévention et de promotion de la santé. 900 actions sont organisées par an, qui concernent 300 000 étudiants. L'USEM réalise une enquête-santé tous les deux ans, qui permet de connaître l'état de santé des étudiants, d'analyser son évolution et d'adapter nos actions de prévention aux résultats enregistrés.

La sixième édition de cette enquête, dont je vous présente les résultats aujourd'hui, avait pour objectifs :

- d'étudier le profil, le parcours et les conditions de vie des étudiants ;
- d'étudier leur propre perception de leur santé ;
- de mesurer leur consommation d'alcool et de produits psycho-actifs ;
- de connaître leurs besoins ;
- d'étudier l'évolution de l'ensemble de ces facteurs.

La méthodologie repose sur un questionnaire auto-administré, envoyé à 50 000 étudiants, desquels nous avons reçu 12 070 réponses. L'échantillon est donc relativement large et présente les caractéristiques suivantes :

- 50 % fréquentent l'université, 20 % une école et le reste un IUT ou une classe préparatoire ;
- les filières dans lesquelles ils sont inscrits sont conformes à la répartition de l'ensemble de la population étudiante sur le territoire national ;
- 37 % sont âgés de moins de 21 ans, 37 % ont 21 ou 22 ans, le reste a plus de 23 ans ;
- ils sont plus nombreux en 1ère année qu'en 5ème année ;
- 92 % sont célibataires ;
- 35 % se déclarent en difficulté financière, avec une forte disparité par filière, notamment entre les étudiants en lettres et les ingénieurs.

II. Résultats de l'enquête

Les résultats de l'enquête montrent que 95 % des étudiants sont en bonne santé, ce qui représente une progression favorable dans le temps. Il faut néanmoins prendre en compte les 5 % restants. Dans l'imaginaire collectif, le temps des études représente le meilleur moment de la vie, ce qui rend d'autant plus difficile à un étudiant de se plaindre de problèmes de santé auprès de son entourage. Il est donc important de réaliser des actions de prévention à destination de ces 5 %.

On remarque également que l'état de santé se dégrade avec l'âge, l'éloignement du cocon familial et l'approche de l'entrée dans la vie active. Il varie également selon les filières et s'avère moins favorable chez les étudiants en lettres et langues.

Santé bucco-dentaire : où sont les jeunes !

Concernant la problématique de l'accès, 20 % d'entre eux ont renoncé aux soins au cours des six derniers mois, ce qui est un chiffre assez important. La consultation d'un professionnel de santé baisse également : de 84 % en 2007 à 80 % en 2009 pour un généraliste et de 26 % à 23 % pour un gynécologue.

83,7 % des étudiants interrogés possèdent une complémentaire santé, contre 93 % de la population totale. Le prix est le premier motif de non-possession d'une mutuelle, devant l'absence de besoin ressenti par 31 % d'entre eux et le manque d'information pour les 25 % restants. On retrouve une différence par filière et notamment une situation de nouveau moins favorable chez les étudiants en lettres et langues : 11 % d'entre eux ne possèdent pas de mutuelle alors qu'ils ne sont que 5,8 % parmi les étudiants en médecine. L'évolution est assez stable dans le temps, même si l'on remarque une progression du motif de non-possession d'une mutuelle par manque d'informations. Il est vrai que la hausse des inscriptions par internet ces dernières années rend la tâche plus difficile aux mutuelles étudiantes pour assurer leur rôle d'information.

Les chiffres concernant le comportement face à la maladie sont assez surprenants. Quand ils sont malades, 55 % des étudiants déclarent consulter un médecin, 51 % attendent que cela passe, 45 % pratiquent l'automédication et 34 % ont recours aux médicaments fournis par un proche. Le fait que le total des réponses dépasse les 100 % s'explique par la possibilité, pour cette question, de choisir plusieurs réponses. Parmi les professionnels consultés, le généraliste arrive en tête, suivi par le dentiste et par le gynécologue pour les jeunes filles. Par rapport à l'enquête de 2007, cette fréquentation de tous les professionnels évoqués est en baisse. Le report ou la renonciation aux soins pour des raisons financières a touché 20 % des étudiants. Cette proportion atteint 40 % chez les étudiants ayant déclaré « avoir des difficultés financières ». L'étude par filière fait apparaître une nouvelle fois de moins bons indicateurs chez les étudiants en lettres, langues et sciences humaines, mettant à jour une corrélation entre possession d'une mutuelle, critères financiers et état de santé. Quant au type de soins auxquels ils ont renoncé, il s'agit à 7,5 % des soins dentaires. Cette tendance s'alourdit avec l'âge : plus l'étudiant vieillit, plus il renonce aux soins dentaires.

S'agissant de la consommation d'alcool et de produits psycho-actifs, 46 % des étudiants déclarent consommer de l'alcool au moins deux à trois fois par mois. Ce chiffre est en progression depuis 2005. Au cours d'un épisode d'alcoolisation, ils sont 33 % à consommer plus de trois verres et 48 % d'entre eux déclarent boire plus de six verres au moins une fois par mois. Il existe en revanche une baisse de la consommation de tabac. La proportion de fumeurs réguliers ou occasionnels s'établit à 24,5 %. Le cannabis est la drogue la plus consommée par les étudiants, suivi du poppers. Ces deux consommations ont respectivement progressé de 12 à 24 % et de 2,2 à 4,4 % depuis 2007. Les produits utilisés varient d'une filière à l'autre.

Interrogés sur les thèmes de prévention qu'ils souhaiteraient voir aborder, les étudiants évoquent en priorité le stress, le sommeil et l'alimentation. En bas du classement, on note tout de même un intérêt de 6,9 % d'entre eux pour la problématique des violences sexuelles et de 6,5 % pour celle de l'identité sexuelle.

En conclusion, l'action de prévention par les pairs me semble importante dans le milieu étudiant. Nous nous félicitons aujourd'hui du doublement du montant du chèque santé mais il nous semble indispensable de l'accompagner d'une vaste campagne de communication, étant donné, on l'a vu, qu'une importante part d'entre eux déclare manquer d'informations. Nous souhaiterions également que l'opération M'T Dents se poursuive au-delà de 18 ans, car l'éloignement de la cellule familiale provoque fréquemment une coupure dans le suivi médical et dentaire.

Questions/Réponses relatives à l'intervention M. Chkroun

Pr Denis BOURGEOIS

Au sein de notre filière de médecine dentaire, je constate qu'il existe deux catégories. La première se compose d'étudiants originaires de la région lyonnaise, qui bénéficient de contacts et de réseaux locaux. La seconde regroupe les étudiants venant d'autres régions et que nous ressentons beaucoup plus à la marge. Prenez-vous en compte dans vos études cette disparité d'origine ?

M. Benjamin CHKROUN

Nous opérons une distinction en fonction du lieu de résidence. 50 % des étudiants vivent dans leur famille tandis que 20 % vivent dans leur propre logement. Il existe en effet une corrélation forte entre ce critère et l'accès aux soins. Concernant la vaccination, par exemple, le médecin traitant possède toutes les informations nécessaires au suivi. L'étudiant qui arrive dans une nouvelle ville universitaire ne se préoccupe pas de cette question. Il y a donc une rupture du suivi médical, vaccinal et dentaire, du fait de l'éloignement de la cellule familiale et du médecin traitant.

De la salle

Cela ne montre-t-il pas les limites du système de médecine préventive universitaire ? La visite est certes obligatoire mais, par la suite, le réseau d'accès aux soins reste à identifier. Ne faudrait-il pas réfléchir à des propositions de mise en place de tels réseaux pour les étudiants marginalisés ?

M. Benjamin CHKROUN

La visite lors du premier cycle est, en effet, obligatoire mais n'est en pratique pas réalisée par toutes les universités. Théoriquement, tous les étudiants inscrits en premier cycle doivent effectuer une visite auprès de la médecine préventive. Nous menons pour cela des actions d'information, par le biais par exemple du Forum Bien-être, regroupant l'ensemble des acteurs tels que le CROUS ou la médecine préventive et abordant des thèmes tels que l'accès aux soins, l'assurance complémentaire, la CMU ou le chèque santé.

De la salle

Pourquoi ne pas contraindre les étudiants, comme dans les années soixante, à se présenter à la visite médicale, sous peine de ne pas pouvoir se présenter aux examens ?

M. Benjamin CHKROUN

Cela ne dépend malheureusement pas de nous.

De la salle

Pourquoi ne pourrait-on pas appliquer aux étudiants un système de tiers-payant ?

M. Benjamin CHKROUN

Nous allons lancer un projet sur le tiers-payant intégral, selon lequel l'étudiant sera dispensé de l'avance des frais, même s'il ne bénéficie pas de la CMU. Nous avons fait part de ces propositions au Haut Commissariat à la Jeunesse.

Les Jeunes et les conduites addictives

Dr Alain RIGAUD

*Psychiatre des Hôpitaux, addictologue, chef de service
(EPSM Marne) Président de l'Association Nationale de Prévention en
Alcoolologie et Addictologie*

Je tiens à remercier le Président Patrick Hescot et les organisateurs de ce colloque pour leur invitation et à les féliciter pour leur persévérance dans l'initiative et le développement de nouveaux outils.

Lorsqu'on aborde les questions d'addiction, on part souvent de la notion de plaisir ou de satisfaction. Il ne faut jamais oublier, cependant, que ces conduites restent sous-tendues par des vulnérabilités et viennent les aggraver. Elles constituent donc un véritable enjeu de santé publique.

La notion de « jeunes » est assez vague. Les « jeunes adultes », dont il est question dans l'énoncé de ce colloque, sont en fait les jeunes majeurs. Néanmoins, nous avons besoin d'étudier la manière dont les conduites addictives se développent chez les mineurs afin de pouvoir, dans l'organisation des politiques publiques, anticiper leurs pratiques ultérieures et adapter nos outils de prévention et de prise en charge. Si nous traçons une distinction entre préadolescents, adolescents et postadolescents, c'est pour mieux souligner le fait, par exemple, qu'une ivresse aiguë massive chez un jeune de 12-13 ans n'a évidemment pas la même signification ni les mêmes conséquences d'un point de vue addictologique que chez un étudiant de 25 ans.

Ma présentation se déroulera en deux temps : situer la notion d'addiction et ses dimensions théorico-pratiques avant de vous faire part d'un certain nombre d'indicateurs épidémiologiques qui vous permettront d'identifier les cibles de vos actions de prévention.

I. Définition

La notion d'addiction et de conduites addictives est assez récente en France. Elle nous est venue du monde anglo-saxon dans les années 1990. Même si elle trouve encore difficilement sa place à l'université, l'addictologie est une discipline émergente qui parvient, depuis 1998, à réordonner les politiques publiques en la matière. Le terme d'« addiction » reste cependant assez flou. Il demeure écartelé entre son usage dans les médias, qui l'emploient pour désigner aussi bien les préférences, les habitudes ou les lubies que les phénomènes de véritable dépendance comme la toxicomanie ou l'alcoolisme, et son usage par les spécialistes, qui l'envisagent comme un champ pluridisciplinaire complexe aux limites néanmoins imprécises. Pour tenter d'apporter une définition fonctionnelle, il convient de se repérer à l'aide de trois axes : le processus et sa finalité, l'objet du comportement (avec ou sans produit), et la sévérité du comportement et de ses conséquences.

Définition par le processus

En 1990, Aviel Goodman proposait une définition par le processus. L'addiction, selon lui, se caractérise par l'impossibilité de contrôler un comportement malgré les conséquences négatives qu'il entraîne. En général, tout être humain constatant les conséquences négatives de son comportement s'efforce d'en changer. Dans le cas d'une conduite addictive, ce mécanisme régulateur ne fonctionne plus. Au départ, ce comportement vise à produire du plaisir mais devient compulsif lorsqu'il s'agit de soulager un malaise

interne. Il obéit à un objectif d'adaptation destiné à se trouver dans une situation de mieux-être, que ce soit en augmentant son plaisir ou en diminuant son déplaisir.

Cette définition reste insatisfaisante. Prise au pied de la lettre, elle ne rend compte que des phénomènes où une vraie dépendance est déjà installée, tels que la toxicomanie ou l'alcoolisme. Elle évacue les stades précoces, ceux pour lesquels le cliquet anti-retour, qui empêche le changement de comportement, ne s'est pas encore enclenché. Or on ne devient pas alcoolique ou toxicomane du jour au lendemain. Il s'agit plutôt d'un résultat. Pendant les mois ou les années au cours desquels s'installent des consommations régulières, la personne n'est pas encore dépendante et les possibilités d'agir et de réduire la consommation existent.

Définition par l'objet du comportement

Il nous faut donc prendre en compte les définitions par l'objet du comportement. On distingue d'abord les addictions avec les produits. Certains sont licites comme l'alcool et le tabac, d'autres illicites comme le cannabis, les opiacés, les amphétamines ou les drogues de synthèse. Il faut y ajouter les produits détournés de leur usage tels que les benzodiazépines ou les tranquillisants, qui font l'objet d'une consommation significative notamment chez les filles et les étudiants.

On intègre également dans ce champ les addictions sans produit que sont le jeu pathologique, les cyberaddictions, les troubles alimentaires graves, et jusqu'aux achats compulsifs, les tentatives de suicide répétées, les addictions au travail ou au sport, etc... encore qualifiées de « nouvelles addictions comportementales ».

Qu'ils aient ou non recours à une substance, ces comportements induisent des effets neurobiologiques et altèrent insidieusement la manière de vivre par trois effets conjugués. Le plaisir est le premier effet recherché, par l'activation du système dopaminergique de récompense, mais la répétition des consommations induit un déséquilibre des systèmes de sérotonine et d'adrénaline, provoquant un phénomène de dépendance. Enfin, de manière immédiate ou différée, des effets néfastes vont apparaître (nocivité et toxicité).

Définition par la sévérité du comportement

Le troisième type de définition s'attache à la sévérité du comportement, c'est-à-dire l'intensité de la dépendance, évaluée en termes de « plus » (la quantité), de « plus souvent » (la fréquence) et de « plus longtemps » (la durée). Cela nous amène à la notion de « continuum évolutif », que l'on peut représenter par une pyramide du risque, partant à la base d'une « consommation plaisir » et évoluant par échelon jusqu'à la dépendance installée qui en constitue le sommet en passant par les conduites à risque et le mésusage sans dépendance. L'évaluation clinique consiste à savoir où le consommateur se situe au sein de cette pyramide.

Synthèse des trois axes de définition

Il convient de retenir certaines caractéristiques des addictions. Le comportement addictif part du plaisir et aboutit à un besoin, dès lors que la poursuite de la consommation vise à soulager le manque. Il peut être qualifié de pathologique à partir du moment où il se poursuit malgré ses conséquences négatives. Ses effets s'observent tant sur le plan biomédical, et donc bucco-dentaire, que sur le plan relationnel et comportemental. Les vulnérabilités s'avèrent plurifactorielles, individuelles et socio-culturelles. On retrouve parmi elles l'adolescence, la précarité et le stress professionnel.

II. Epidémiologie des conduites addictives

Il existe un grand nombre d'enquêtes sur la consommation de substances psychoactives chez les jeunes. Il est difficile d'en établir la synthèse, étant donné que les indicateurs et les tranches d'âge étudiés diffèrent de l'une à l'autre. Dans cet exposé, je me cantonnerai donc aux consommations les plus significatives, c'est-à-dire celles régulières supérieures à dix occurrences par mois.

Tabac

Concernant le tabac, 33 % des jeunes interrogés disent avoir fumé au cours des trente derniers jours tandis que 29 % déclarent fumer quotidiennement. La France occupe le 17ème rang européen à ce sujet mais la lutte contre le tabagisme semble efficace, puisque ce chiffre est en nette régression depuis cinq ans.

Alcool

S'agissant de l'alcool, l'indicateur retenu chez les mineurs est celui de la première consommation, qui s'établit aux alentours de treize ans et demi. Par la suite, la proportion de mineurs déclarant avoir consommé de l'alcool au cours des trente derniers jours indique que ce comportement se met en place à ce moment de l'adolescence. La consommation apparaît sexuée : les boissons prisées par les garçons sont la bière et les alcools forts, tandis que les filles préfèrent les prémix et le champagne. Ces données témoignent de l'ancrage de l'alcool dans nos sociétés. Les chiffres relatifs à l'alcoolisation régulière, c'est-à-dire supérieure à dix épisodes par mois, sont parlants. Les garçons sont trois fois plus touchés que les filles. La consommation régulière s'établit autour de 20 %, ce qui est conforme à la moyenne européenne. Quant aux ivresses régulières, correspondant à un épisode par mois, ils concernent 10 % des jeunes de 17 ans et touchent trois fois plus les garçons que les filles. Le nombre d'hospitalisations pour ivresse connaît une évolution inquiétante, puisqu'il a progressé de 50 % entre 2004 et 2007 aussi bien chez les moins de 16 ans que chez les 16-24 ans (source DHOS/PMSI). Les risques de ces conduites comprennent notamment les traumatismes faciaux et les dégâts bucco-dentaires. En résumé, la problématique de l'alcool chez les jeunes fait apparaître une consommation en hausse pour cette tranche d'âge alors qu'elle est en baisse dans la population générale. Leur alcoolisation s'avère moins régulière mais plus rapide et plus forte.

Cannabis

L'expérimentation ainsi que la consommation mensuelle de cannabis par les jeunes se sont accrues jusqu'en 2005. On observe depuis, un retrait, laissant penser que l'action de la MILDT a un impact, puisque la consommation régulière a décliné de cinq points. Elle reste néanmoins significative et constitue dès lors une cible pour la prévention. On note également que 5 % des jeunes ont une consommation régulière des trois produits associés : tabac, cannabis et alcool. Leur usage n'est pas nécessairement simultané mais, combinées, l'ensemble de ces consommations constitue un véritable sujet de santé publique, qui s'avère corrélé aux indicateurs de précarité.

Autres drogues illicites

L'usage d'autres drogues illicites est très inférieur à la triade tabac-alcool-cannabis mais cela ne signifie pas qu'on doive s'en désintéresser. La consommation de cocaïne progresse et véhicule une image positive tandis que celles de crack et d'héroïne demeurent stables et associées à une image nettement moins positive. En matière de drogues illicites, les jeunes Français se placent au 3ème rang européen.

Tranquillisants et somnifères

Les médicaments détournés de leur usage sont beaucoup moins utilisés que l'alcool et le cannabis mais restent un recours pour 2 % des jeunes, avec une prévalence plus importante chez les filles scolarisées.

Points à retenir

En résumé, les préoccupations du point de vue de la santé publique sont les suivantes :

- une consommation régulière d'alcool pour 10 % des jeunes ;
- des épisodes réguliers d'ivresse pour 6 % d'entre eux ;

- un usage d'alcool trois fois supérieur chez les garçons que chez les filles ;
- une consommation quotidienne de tabac pour 1/3 des jeunes ;
- un usage régulier de cannabis pour 7 % d'entre eux ;
- la consommation de cocaïne est en progression.

III. Pistes d'actions à mener dans le cadre bucco-dentaire

Parmi les outils potentiels, nous disposons d'auto-questionnaires de repérage et/ou d'évaluation de sévérité : l'AUDIT en matière d'alcool, le CAST en matière de cannabis et le test de Fagerström pour le tabac. Ces outils permettent d'ouvrir le dialogue. Il convient également de toujours penser au conseil minimal, notamment pour le tabac.

Pour le dentiste, les éléments de repérage sont les suivants :

- pour le tabac : le goût, l'odorat, l'haleine, la coloration des dents, les parodontites, les mycoses et les lésions buccales
- pour le cannabis : gingivites, parodontites et caries douloureuses, puisque le THC est un vaso-dilatateur qui augmente la douleur
- pour la cocaïne : l'effet vasoconstricteur produit des conséquences sur la santé buccodentaire
- pour les acides et le LSD : caries et pulpites
- pour les amphétamines : le Crystal, qui associe codéine et ammoniac, a un effet ravageur sur les dents.

Questions/Réponses relatives à l'intervention de M. Rigaud

De la salle

Vous avez employé le terme de consommation. A quoi correspond-il en termes de référence unitaire ?

Dr Alain RIGAUD

La notion de « consommation » est difficile à utiliser dans le cas d'addictions sans drogue. Pour les consommations définies de manière quantitative, il s'agit, pour l'alcool, d'un verre standard contenant dix grammes d'alcool pur. En matière de tabac, l'étalon est la cigarette. Pour le cannabis, l'unité est le joint, sans qu'il soit possible d'être plus précis puisqu'il existe différentes sortes de cannabis plus ou moins concentrées en THC. Etant donné qu'il s'agit d'une drogue illicite, il n'existe pas de monopole d'Etat permettant, comme pour l'alcool, de titrer précisément cette substance. Pour les autres produits, les enquêtes évaluent la consommation à partir de la question : « avez-vous essayé ? / combien de fois sur 30 j / 12 mois ? ». Il s'agit plutôt d'évaluer la dimension qualitative du comportement, dont on peut déduire des indications quantitatives.

Dr Jacques WEMAERE

Je voudrais pointer une contradiction. Vous nous avez rappelé notre rôle, en tant que professionnels de santé, dans la lutte contre l'addiction et avez brièvement évoqué la publicité de l'alcool sur internet. Or le Professeur Pommereau nous a justement expliqué l'importance de l'image et de la connectivité chez les jeunes. Ne trouvez-vous pas cela aberrant ?

Dr Alain RIGAUD

Je me réjouis de pouvoir rappeler que l'UFSBD a été l'un des acteurs de la mobilisation de la société civile au moment du débat sur la loi HPST, qui comprenait de bonnes mesures comme l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs et celle des open bars. Les producteurs ont dénoncé à cet égard l'émergence d'une « société de la prohibition ». Ils ont ainsi obtenu, en contrepartie, l'ouverture d'internet à la publicité que plusieurs associations, des personnalités et l'UFSBD ont dénoncé comme potentiellement désastreuse tant ce média est privilégié par les jeunes. Il s'agit donc de nous mobiliser médiatiquement en saisissant de nouvelles opportunités. La loi de santé publique devrait être revue en 2010. Nous aurons là une occasion de nous exprimer et de faire valoir nos arguments contre ce qui revient à livrer les jeunes en pâture aux annonceurs et aux producteurs.

Pr Denis BOURGEOIS

Si je vous suis bien, nous serions à l'aube d'un séisme, dans la mesure où l'addictologie en termes de consommation d'internet risque de provoquer une addictologie en termes d'alcool et autres ?

Dr Alain RIGAUD

C'est certain. Il y a un risque de cumul. Les joueurs excessifs, par exemple, fument ou boivent de l'alcool pour gérer le stress avec lequel ils se shootent. Internet peut avoir un effet redoutable, dans le sens où l'image fascine et accroche, et que les sites sont construits de façon à ce que la mécanique ne s'arrête jamais.

De la salle

Je travaille dans un centre de soins pour les toxicomanes à Metz. J'ai mis en place des actions d'accompagnement de ces publics marginalisés vers les soins dentaires. Ce programme fonctionne très bien et permet de leur redonner un sourire.

Dr Alain RIGAUD

L'an dernier, lors d'un colloque de l'Association des Intersecteurs d'Addictologie à Metz, l'un de vos collègues avait fait une présentation très remarquable de ce programme.

Surpoids et obésité de l'enfant Prévalences, facteurs associés, enjeux de santé publique

Dr Sébastien CZERNICHOW

*Unité de Recherche en Epidémiologie Nutritionnelle
Hôpital Avicenne & Université Paris XIII*

J'ai souhaité donner à ma présentation un aspect plus scientifique que clinique, en adoptant un regard critique quant à l'interprétation des chiffres. Cette position n'est pas si anodine. En tant que scientifiques ou cliniciens, nous intervenons à des moments de la chaîne différents de ceux des politiques, qui prennent des décisions de santé publique en fonction des chiffres qui leur sont fournis. La question de l'interprétation de ces données revêt donc une grande importance.

I. Définitions

Sur quels éléments se base la définition du surpoids et de l'obésité chez l'enfant ? L'indicateur principalement utilisé au niveau international est l'indice de masse corporelle. Je passerai sur ses limites, ses inconvénients et ses avantages, l'essentiel étant qu'il représente un bon prédicteur de la masse grasse et qu'il s'avère simple à déterminer à partir des trois paramètres du poids, de la taille et de l'âge. Il sert de base à plusieurs définitions au niveau international. Les références françaises utilisent les percentiles de la distribution : sur une population donnée découpée en centiles, la surcharge pondérale concerne toutes les personnes se trouvant au-dessus du 97ème percentile. La méthode utilisée par l'IOTF, groupe d'étude international sur l'obésité, est différente. La définition de l'excès de poids, obésité incluse, est placée au point correspondant à 25kg/m² pour les courbes d'indice de masse corporelle à l'âge de 18 ans. L'obésité, quant à elle, se définit à partir du point correspondant à 30 kg/m² à l'âge de 18 ans. Enfin, le CDC, équivalent américain de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS), établit des courbes définissant des distributions équivalentes à celles qui existent en France dans les carnets de santé.

Si l'on compare les distributions françaises correspondant au 97ème percentile aux distributions internationales (IOTF 25 pour le surpoids et IOTF 30 pour l'obésité) ainsi qu'aux distributions américaines (CDC 85e et CDC 95e), on s'aperçoit que toutes ces différentes courbes sont proches mais ne se superposent pas strictement. Ce résultat n'est pas étonnant, à partir du moment où les courbes françaises et américaines sont établies à partir d'une population de référence : les enfants français d'une part, les enfants américains de l'autre et la distribution des poids n'est pas identique dans les deux pays.

Cette introduction visait à vous montrer que, lorsqu'on parle de surpoids ou d'obésité, il convient de savoir auquel de ces indicateurs on se réfère.

II. Prévalences

Sources et données disponibles

Nous avons, en France, un grand nombre de données existantes. Nous disposons ainsi d'un cycle triennal d'enquêtes menées par le Ministère de l'Education Nationale, fournissant des données anthropométriques mesurées. Elles se déroulent en alternance auprès des élèves de grandes sections de maternel-

les, de troisième et de CM2. L'étude ObEpi, menée en partenariat par l'Institut Roche et l'Inserm, constitue une deuxième source de données importantes. Il s'agit d'un panel de déclarations par téléphone portant sur le poids et la taille et permettant d'avoir un échantillon important au niveau national. Une première étude a été réalisée en 2000 suivie d'une seconde en 2003 sur la population des enfants de 3 à 17 ans. Nous disposons également d'une étude sur la corpulence des enfants de 7-9 ans, conduite en 2000 et 2007 sur la base d'une participation volontaire des académies à partir des données mesurées par les médecins et les infirmiers scolaires. Les dates de réalisation de ces enquêtes s'expliquent par la mise en place du Programme Nutrition Santé pour la période 2001-2005. L'objectif était ainsi de disposer, dès le lancement de ce programme de santé publique, d'indicateurs de prévalence en population scolaire afin d'évaluer son impact à terme. L'enquête Inca, mise en place par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, fournit des données qui, pour avoir été déclarées en 1999 et mesurées en 2006, s'avèrent peu exploitables pour la comparaison qui nous intéresse aujourd'hui. La source la plus importante reste l'étude nationale nutrition santé (ENNS), menée par l'Unité de Surveillance en Epidémiologie Nutritionnelle (USEN) auprès de 5000 enfants et adultes et portant sur des données mesurées. Elle nous fournit des données sur les enfants de 3 à 17 ans de cet échantillon aléatoire. Un grand nombre de données, enfin, sont générées de manière locale ou régionale, mais avec des finalités différentes compliquant leur exploitation.

La question centrale posée par l'ensemble de ces informations est celle de l'interprétation des prévalences et de leur évolution au cours du temps, la différence par sexe, la comparaison des tranches d'âge ou la définition des échantillons. Il s'agit là de problématiques méthodologiques ayant un impact majeur sur l'interprétation des données.

Prévalences

Dans un souci de simplification, l'ensemble des données que je vais vous décrire correspond aux chiffres de l'IOTF 25, c'est-à-dire rassemblant surpoids et obésité. On constate que, selon les organismes qui ont réalisé l'étude et suivant la population étudiée, les prévalences s'établissent entre 13 et 18 %. Ces chiffres paraissent donc assez éloignés des proportions de 18 à 25 % d'obésité infantile qui sont souvent avancés. On note également que, dans le cas de données déclarées telles celles de l'Afssa ou de l'ObEpi, les prévalences sont plus proches de 13 %.

La différence entre filles et garçons s'établit aux alentours de 2-3 % et tend à s'estomper lorsqu'on s'intéresse aux études les plus robustes méthodologiquement.

Si l'on compare les résultats d'une même étude sur des périodes différentes, comme celle de l'Institut de Veille Sanitaire en 2000 et 2007 sur la population des 7-9 ans, on remarque que la prévalence est passée de 18,1 % à 18,4 %. Elle a donc connu une très faible augmentation. Les discours alarmistes faisant état d'une hausse vertigineuse de l'obésité infantile devraient ainsi faire preuve d'une plus grande mesure dans l'interprétation des chiffres.

Si l'on se base maintenant sur les chiffres de l'Afssa, issus de données déclaratives, et qu'on les rapporte aux chiffres de l'Institut de Veille Sanitaire, issus de données mesurées, on obtient une différence entre les prévalences du surpoids de l'ordre de 3-4 %. La prévalence de l'obésité chez les 7-9 ans, quant à elle, s'établit à 3,8 % pour les études les plus récentes fondées sur des données mesurées.

En résumé, l'interprétation des prévalences et de leur évolution au cours du temps varie selon les types d'enquête, la méthodologie employée et l'année de mesure. Les données déclaratives font apparaître des prévalences inférieures à celles des données mesurées. Cela ne signifie pas que les enquêtes déclaratives sont inutiles ou fournissent des résultats erronés, mais qu'il convient de les analyser avec un oeil critique. De la même manière, en prenant les données d'une enquête conduite sur l'ensemble de la population en 2001 et 2003 auprès d'élèves de 3ème, la prévalence du surpoids passe de 15,7 %

à 16,8 % et celle de l'obésité de 3,3 % à 4,4 %. On pourrait dès lors en conclure une augmentation importante. Mais si l'on se place à un niveau de couverture ZEAT comparable, c'est-à-dire au sein des mêmes unités administratives régionales, on constate que la prévalence du surpoids est passée de 16,5 % à 16,2 %. La standardisation des chiffres met donc à jour une baisse de la prévalence alors que le résultat précédent faisait apparaître une hausse inquiétante.

III. Enjeux pour la santé de l'enfant

La recherche sur l'obésité de l'enfant est en pleine progression. Cette inflation s'explique par les enjeux de cette pathologie. Elle provoque notamment des troubles métaboliques, vasculaires et orthopédiques notamment, puisqu'elle s'associe à une gonarthrose et une coxarthrose de manière beaucoup plus fréquente que dans la population générale. La présence d'une obésité est également reliée à l'augmentation de certaines pathologies inflammatoires, notamment respiratoires. Enfin, l'impact de cette obésité dans l'enfance induit un risque de retentissement à l'âge adulte. La persistance possible de cette obésité provoque une fréquence plus importante de problèmes d'hypertension artérielle, de pathologies cardiovasculaires, de diabète ou d'apnée du sommeil. A l'heure actuelle, une évolution préoccupante tient au fait que les indications de chirurgie bariatrique dans les cas d'obésité massive sont posées de plus en plus fréquemment chez des jeunes de 13-14 ans.

Quels sont les déterminants et les facteurs de risque ? Il s'agit d'abord des facteurs de croissance au début de la vie et des questions de vitesse de cette croissance. Il existe, d'autre part, des facteurs associés pendant l'enfance, tels que l'alimentation, l'activité physique, la sédentarité, le temps de sommeil et le rebond d'adiposité. Enfin, un certain nombre de facteurs environnementaux sont de plus en plus étudiés.

La mise en place d'interventions de type santé publique à destination d'enfants et d'adolescents en milieu scolaire s'avère difficile. Les approches multidimensionnelles, qui impliquent notamment les parents, fonctionnent le mieux. Par ailleurs, les programmes portant sur la promotion de l'activité physique et la réduction de la sédentarité donnent les meilleurs résultats. Pour le reste, il existe encore peu d'interventions ayant donné des résultats probants. A cet égard, la récente étude du Pr Chantal Simon en milieu scolaire fait figure d'exception. Elle a rassemblé 954 enfants sur quatre ans et consistait en interventions centrées sur la promotion de l'activité physique. La comparaison des groupes contrôle et intervention montre que la promotion de l'activité physique abaisse le risque de surpoids ou d'obésité au cours du temps. Ce type d'interventions s'avère donc efficace, mais uniquement auprès des enfants qui n'étaient pas en surpoids en début d'étude. Dès lors, la question qui se pose en termes de prévention est de savoir s'il convient de se concentrer sur les populations déjà en surpoids ou non. Plusieurs types d'actions de prévention sont donc possibles.

IV. Conclusions

Quelques éléments principaux sont à retenir. La prévalence du surpoids chez l'enfant est comprise entre 15 et 20 % tandis que la prévalence de l'obésité est de 3-4 %. Les données successives semblent indiquer une stabilisation de ces chiffres depuis les années 2000 tant chez l'adolescent que chez l'adulte. En l'absence d'études, il est malheureusement impossible d'imputer clairement cette tendance à l'évolution naturelle ou à l'impact des politiques de santé publique telles que le PNNS. Il est donc indispensable de poursuivre les mesures ainsi que les études d'observation et d'intervention avec, si possible, une méthodologie de qualité.

Stratégies de prévention : enjeux et liens avec les questions de prise en charge et de protection sociale

Dr Emmanuel RICARD

Médecin de Santé Publique Délégué Général de la Société Française de Santé Publique

J'expliquerai, dans un premier temps, la question des stratégies et des modalités préventives. J'aborderai ensuite les questions de protection sociale, de suivi des personnes et de lien entre prise en charge et prévention.

I. Stratégies et modalités de prévention

La prévention représente souvent un concept assez flou. On distingue classiquement la prévention primaire, qui intervient avant que la maladie ne survienne, de la prévention secondaire, dont l'objectif est la détection précoce, et de la prévention tertiaire, quand la maladie est installée. Afin d'actualiser cette définition, on pourrait dire que la prévention primaire aujourd'hui concerne la promotion de la santé et agit sur la mise en place de facteurs qui lui sont favorables. La prévention secondaire s'attache au dépistage et à l'action sur des facteurs de risque. La prévention tertiaire s'inscrit dans la Loi Hôpital Patients Santé Territoires et implique un travail sur l'éducation thérapeutique. Elle représente un vaste chantier qui nécessite, notamment pour la profession dentaire, la mise en réseau et la participation à des groupes de travail. Il s'agit là des questions de la place du professionnel, de celle du patient, de la responsabilité et de la participation. Sur tous ces points, une révolution a été opérée par la loi dite « Kouchner » du 4 mars 2002, qui met en avant l'importance d'associer les citoyens aux actions de promotion de la santé et de prévention. L'idée de « faire avec » au lieu de « faire pour » peut se décliner dans chacune des démarches de promotion, de dépistage et d'éducation thérapeutique.

En France, de nombreux outils de prévention existent. Les campagnes de dépistage se matérialisent au travers de dispositifs construits, qu'on peut évaluer afin de les améliorer et de démontrer leur utilité pour l'individu et la société. Mais les campagnes de communication, qu'il s'agisse de publicités ou d'actions associatives ou encore les actions de mobilisation comme le Sidaction ou le Téléthon, restent le principal outil de la prévention dans notre pays. Cette dimension communication et publicitaire s'étend souvent aux questions d'éducation thérapeutique, dès lors envisagée comme une simple activité de conseil individualisé. Faire du conseil ne se résume cependant pas à une accroche mais implique la mise en place de principes et d'actions pédagogiques ainsi que de méthodologies bien planifiées. L'autre question s'adressant à ces outils tient à leur cible : faut-il mettre en place des opérations à caractère général ou sur des populations plus spécifiques ? Faut-il s'attacher à toucher tout le monde, en ne touchant que les plus favorisés avec des gains marginaux ou s'attacher à réduire les inégalités dont sont atteints les plus vulnérables.

II. Promotion de la santé et prévention

On oppose souvent le soin à la prévention. Le plus important, à mes yeux, est d'étudier comment l'un et l'autre s'articulent.

La prévention se définit selon un modèle épidémiologique et biomédical tandis que la promotion de la santé s'inspire plutôt d'un modèle psycho-social. La première part d'une approche verticale par programmes alors que la seconde se réalise au travers d'une approche horizontale, c'est-à-dire intersectorielle et reliée aux milieux de vie. Au sein de la prévention, l'approche est exclusivement populationnelle : elle définit un groupe, ses caractéristiques ainsi que le message et les modalités d'action à mettre en oeuvre afin de toucher ce groupe.

La prévention travaille sur la question des facteurs et des conditions de risque. La promotion de la santé porte, elle, à la fois sur les aspects négatifs et sur les aspects positifs, en essayant d'identifier les éléments susceptibles de favoriser une bonne santé. La prévention fait en général appel à la responsabilité individuelle tandis que la promotion de la santé participe d'une approche en termes de déterminants de la santé, c'est-à-dire la biologie, la génétique, les habitudes de vie et l'environnement. Ce dernier élément se divise en environnement physique et environnement social. Dans les années à venir, la question des déterminants va devenir cruciale pour le travail de santé publique, faute de quoi la prévention risque d'évoluer d'une optique de promotion de la santé à une optique de réparation des dégâts qui auront été causés dans une dimension beaucoup plus sociétale. Il ne faut donc pas limiter la question de la prévention à la production de matériel éducatif et informatif. Il faut au contraire s'interroger sur la place qu'on lui donne dans la société, ce qui implique un travail participatif avec l'ensemble de ses membres. Il faut s'interroger sur comment se formalisent nos conditions de vie.

III. Prévention et inégalités

L'action sur les déterminants de la santé doit se dérouler à la fois sur les milieux de vie individuels, sur les réseaux sociaux et communautaires, sur l'environnement physique et sur les conditions socio-économiques et culturelles. Et ce d'autant plus que, s'agissant de la population des jeunes, on assiste à une précarisation rampante mise à jour par deux rapports parlementaires en 2006 et 2007. Certaines enquêtes montrent ainsi que 225 000 étudiants rencontrent des difficultés pour financer leurs études, que 100 000 d'entre eux ont un revenu inférieur à 650 euros mensuels et que, parmi eux, 45 000 vivraient en dessous du seuil de grande pauvreté.

Pour aborder, dès lors, la problématique des soins et de prévention, la question de l'accès financier à la santé devient centrale. Sur ce sujet, nous disposons de données assez inquiétantes. La dernière enquête de l'IRDES⁽¹⁾ sur la CMU en région parisienne montre que 25 % des professionnels de santé refusent les patients qui en sont bénéficiaires. A l'échelon européen la France est le pays connaissant les plus grandes inégalités de santé. L'écart se creuse alors que, paradoxalement, notre système de santé a été classé par l'OMS parmi les meilleurs. Le refus de prise en charge des titulaires de la CMU s'établit même à 31 % chez les dentistes et 38 % chez les gynécologues. Les principales raisons évoquées par les praticiens sont la lourdeur administrative supposée, le décalage du paiement et l'impossibilité d'appliquer des dépassements d'honoraires. De tels refus de soins sont en principe passibles de sanctions disciplinaires, mais celles-ci sont en pratique peu dissuasives et peu appliquées. Ce processus est en expansion. On ne dénombrerait ainsi en 2003 qu'un faible nombre de refus. Cette question arrive aujourd'hui dans le débat

¹ Etude de l'IRDES : <http://www.cmu.fr/userdocs/IRDES%20refus%20de%20soins.PDF>

Rapport du fonds CMU : <http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport%20refus%20de%20soins%20sans%20annexes.pdf>

public, grâce à l'action de collectifs inter-associatifs d'usagers et de consommateurs⁽²⁾ ou de mutuelles qui s'inquiètent de la hausse probable de la part qu'elles prennent en charge.

A terme, l'enjeu est double. D'une part, la Sécurité Sociale continuera-t-elle de pouvoir exister sous sa forme actuelle ? D'autre part, la confiance entre professionnels de santé et usagers va-t-elle se maintenir ? La raison pour laquelle je tire aujourd'hui la sonnette d'alarme est que ce phénomène est en pleine croissance. La population des étudiants, par exemple, n'était autrefois pas rangée parmi les précaires. En termes de représentations sociales, le rôle de médiateur qu'occupait le professionnel de santé dans la société est menacé, parce qu'il exerce plutôt dans les quartiers favorables et que sa clientèle est relativement aisée. Se pose alors la question de sa place dans la société et du maintien ou non du contrat social mis en place par la protection sociale. Et ce d'autant plus que la Sécurité Sociale a permis aux professionnels de santé de bénéficier d'une clientèle solvable, et donc d'étendre leur clientèle et leurs revenus.

La question qui m'était posée à l'occasion de ce colloque, à savoir les relations entre précarité et prévention et l'opportunité de mettre en place des actions ciblées auprès de populations spécifiques, s'envisage différemment dans ce cadre. Si l'évolution se poursuit dans ce sens, alors comment les étudiants, qui représentent potentiellement l'élite de demain et qui sont à un moment de leur vie où les comportements et les identités se forment, vont-ils envisager la relation avec le professionnel de santé, le rôle que celui-ci occupe dans la société et la place de la santé dans le débat public ? Comment, de son côté, la profession envisage-t-elle son avenir, l'avenir du contrat social et la place des questions économiques par rapport aux questions de solidarité ? Il s'agit là d'un enjeu fondamental.

Il existe donc un risque de perte de confiance et d'évolution vers un système de consommation, avec le risque de juridicisation qu'il comporte. Certaines professions, telles que les anesthésistes- réanimateurs et les gynécologues, constatent déjà cette évolution. L'autre risque que comporte cette perte de confiance est celui du retrait ou du nomadisme, qui auront des conséquences importantes sur les opportunités de prévention et d'éducation thérapeutique. Pour le système de santé dans son ensemble, le risque est de voir s'accroître les cas graves et donc les coûts. La profession a donc une réflexion à mener sur ces questions, notamment sur les coûts et le reste-à-payer, pour éviter qu'un cercle vicieux ne s'installe.

IV. Conclusions

Il y a donc, en conclusion, un enjeu humain concernant la place des jeunes et des étudiants dans notre société. Il existe également un enjeu de santé publique autour des questions de préservation ou d'hypothèque du capital dentaire ainsi que d'énergie et de moyens que l'on entend mettre en œuvre pour empêcher que la population ne se marginalise. Il existe enfin un enjeu professionnel sur la façon d'envisager ces problèmes et les solutions à y apporter.

S'agissant de la prévention, la question qui se pose est celle de l'organisation des ressources, de la place que l'on donne à la promotion de la santé et de la préservation de la solidarité du système de prise en charge. Le travail ne doit donc pas porter uniquement sur les facteurs de risque.

En termes d'éducation thérapeutique, la démarche est à construire avec le patient à la fois sur la médiatisation des problèmes et dans la promotion de la santé.

2. Voir le dossier de presse du Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) : http://www.leciss.org/fileadmin/Medias/Documents/090525_DP_CiSS-ActionRefusSoins_BdPlanches.pdf

Questions/Réponses relatives à l'intervention de M. Ricard

De la salle

Je suis Secrétaire Général de l'Ordre National et Président du Bus Dentaire, donc particulièrement sensible au sort des populations les plus démunies. Je n'en suis que plus à l'aise pour m'inscrire en faux contre le chiffre de 31 % de refus de soins aux titulaires de la CMU que vous avez annoncé. Il s'agit d'une statistique orientée, portant sur une population non représentative et je trouve scandaleux de jeter l'opprobre sur nos confrères. Vous avez parlé également de l'inefficacité des sanctions ordinaires. Depuis le lancement de la CMU, nous avons reçu moins de dix plaintes à ce sujet au Conseil de Paris. Il est temps de responsabiliser les patients qui, bien souvent, ne viennent pas aux rendez-vous et laissent les factures de prothèse au soin des praticiens.

Dr Emmanuel RICARD

Mon intervention visait justement à provoquer le débat. La question n'est pas de savoir si le chiffre de 31 % représente une réalité fiable. L'IRDES, qui a réalisé cette étude, présente toutes les garanties de scientificité. Il est peut-être partial ou partiel mais il s'attaque néanmoins au problème. Même si nos députés et sénateurs ont choisi de ne pas inclure le testing dans la loi HPST, il s'agit là d'une question de plus en plus centrale. Mon propos revient à souligner la croissance de ce phénomène depuis 2003 et l'impossibilité de ne pas en tenir compte. Les associations de toxicomanes ou de personnes atteintes du VIH font régulièrement part de situations de refus de soins. Cette question se pose donc pour un certain nombre de patients et l'enquête menée par les mutuelles montre bien la croissance de ce phénomène. Les Bus Dentaires auxquels vous avez fait allusion me paraissent une réponse intéressante mais correspond-elle à l'ampleur du problème ?

De la salle

Je suis Présidente de la Basse-Normandie, région dans laquelle nous acceptons tous les patients titulaires de la CMU. Ils représentent entre 10 et 12 % de nos consultations. A Paris, la différence est qu'il existe beaucoup plus de spécialistes, qui n'acceptent pas la CMU en raison de l'absence de remboursement.

De la salle

Je fais partie de l'UFSBD Picardie-Oise. Je souhaiterais savoir ce que vous appelez un « refus ». Dans notre société de consommation, je constate, pour ma part, que beaucoup de personnes considèrent comme un refus le fait de n'être pas reçu dans les cinq minutes.

Dr Emmanuel RICARD

Cela est détaillé dans la méthodologie de ce testing. Les enquêteurs jouaient le rôle de patients, se présentaient tantôt comme bénéficiaires de la CMU, tantôt non, et sollicitaient un rendez-vous. Il s'agit donc d'une action comparée.

De la salle

Je suis orthodontiste. Quand nous avons un patient sous CMU, il faut s'assurer en premier lieu qu'il possède bien les documents nécessaires. Nous ne refusons donc pas de rendez-vous mais nous sommes obligés d'attendre qu'il réunisse les papiers indispensables à sa prise en charge, ce qui peut parfois être long. C'est ce qui explique, à mon avis, les résultats de ce testing.

De la salle

Je suis chirurgien-dentiste. Si l'on se place dans une optique de santé publique, nous savons tous que nous nous acheminons vers un déficit de soignants. Une politique de santé doit se faire avec et non contre les professionnels de santé. Il ne faudrait donc pas que cette situation, que vous nous présentez comme apocalyptique, jette un discrédit sur notre profession. Je trouve cela inadmissible.

Dr Emmanuel RICARD

La question n'est pas de jeter un discrédit. Vous posez la vraie question, celle des inégalités de prise en charge. La situation des professionnels qui travaillent dans des quartiers en difficulté du 93 pose problème de façon beaucoup plus aiguë avec les départs en retraite. Nous faisons donc les mêmes constats.

Vous me reprochez de critiquer la profession. Ce n'est pas mon objectif. Je cherche seulement à vous faire prendre conscience du fait que, si nous laissons les choses évoluer comme cela, c'est-à-dire vers un système libéral au sein duquel les déficits se creusent, le législateur n'aura pas d'autre solution que d'utiliser le bâton.

De la salle

Je regrette que le débat tourne essentiellement autour du refus de soins et du testing. Il existe également des gens, c'est important de le souligner, qui ne sont pas bénéficiaires de la CMU et qui n'ont pas accès aux soins. Pour les jeunes, notamment, qui ne fréquentent pas les cabinets dentaires, il s'agit plus à mon sens d'un problème de place dans la société et de comportement que d'un problème de moyens économiques. D'autant plus que les soins accessibles aux jeunes sont en général correctement pris en charge par l'Assurance Maladie. Le problème réside donc plus dans le déplacement ou la volonté de s'occuper de sa santé que dans un motif économique.

La place de la santé bucco-dentaire
chez les jeunes adultes

**Proposer des solutions
face à la problématique**



Des constats aux solutions

Pr Monique-Marie ROUSSET

PU-PH, Faculté de Lille Membre du Haut Conseil de Santé Publique

De nombreux constats ont été établis dans les interventions précédentes. Nous avons, par exemple, beaucoup de mal à communiquer avec les jeunes qui, comme le premier conférencier l'a souligné, sont toujours reliés au monde extérieur. Vous parler de « La Santé et les Jeunes » est donc un vaste programme.

Selon l'OMS, la santé recouvre plusieurs aspects : physique, mental et social. Ce dernier aspect est de plus en plus préoccupant puisque, aujourd'hui, la notion de « handicap social », qui se réfère aux inégalités de santé, a fait son apparition. Une bonne santé se construit au quotidien. Elle démarre dès l'enfance et se conforte à l'adolescence afin de permettre au jeune adulte de bénéficier d'une vie équilibrée.

Il existe à l'heure actuelle beaucoup de publications sur les jeunes, mais la question de leur âge fait débat. La tranche d'âge envisagée va de 11 à 19 ans pour certains et de 16 à 25 ans pour d'autres. Selon moi, la tranche d'âge pertinente s'étend de 16 à 28 ans, parce qu'elle englobe les étudiants et parce que l'âge moyen de la première grossesse en France s'établit à 28 ans. La Loi de Santé Publique de 2004 a donné un cadre cohérent à la prise en charge de la santé des jeunes. Elle était composée de cent objectifs, parmi lesquels la santé bucco-dentaire n'a pas été oubliée.

En règle générale, les jeunes de 16 à 28 ans s'estiment en bonne santé, même s'ils ont de manière croissante des incertitudes à ce sujet. Le sentiment d'invulnérabilité les incite à adopter des conduites à risque. Il existe, à cet égard, une véritable différence entre l'adulte, qui raisonne en termes de conséquences de ses actes, et le jeune, qui part avant tout du plaisir que ces conduites vont lui procurer. Cette génération ne se projette pas dans l'avenir. Il est dès lors très difficile de lui transmettre un message préventif. Les jeunes éprouvent à la fois le désir d'être reconnus en tant qu'individualité et de se fondre dans le groupe. Ils ont plus confiance en leurs pairs qu'en leurs parents auxquels ils s'opposent souvent. Ils mènent une vie sans contrainte, faite de prise de produits licites ou illicites et d'alimentation-plaisir.

Certains d'entre eux éprouvent des difficultés physiques ou psychiques, telles que le handicap, la maladie ou la dévalorisation de leur propre image qui mène parfois à la dépression : l'inactivité est d'ailleurs un facteur de dépression quelque soit le milieu social d'appartenance.

Vis-à-vis de leur fréquentation des cabinets dentaires, des problèmes culturels peuvent exister : peur du chirurgien-dentiste, peur de la douleur ou manque d'hygiène. Nous avons beaucoup de mal à établir le contact avec cette génération de jeunes et l'autoritarisme n'est certainement pas une solution.

Le problème peut être d'ordre structurel : le chômage, les difficultés financières ou une image des soins dentaires comme étant nécessairement coûteux est tenace parmi eux. A cela s'ajoutent une méconnaissance de la couverture sociale ou l'absence de mutuelle. Enfin, dans certaines régions, la baisse de la démographie professionnelle ou la distance à parcourir pour rejoindre le cabinet dentaire s'avèrent dissuasives. Il existe entre jeunes des différences régionales et sociales. Ainsi, en région PACA, la pro-

portion de jeunes de 25 ans ayant une carie en bouche non soignée passe de 40 % en moyenne à 55 % pour les jeunes précaires.

Ces particularités vont influencer négativement ou positivement la santé bucco-dentaire. La consommation de tabac est la plus répandue des conduites à risques. La dépendance s'ancre au fur et à mesure que l'on vieillit mais l'arrêt du tabac provoque peur et anxiété, ce dont il faut tenir compte au moment des soins.

En France, l'alcoolisation des jeunes est régulière et concerne plus les garçons que les filles. Par rapport à l'Europe, il y a moins d'ivresses dénombrées, mais ce chiffre augmente en France avec l'usage de plus en plus répandu des « prémix » : à 17 ans, six jeunes sur dix déclarent avoir déjà eu une ivresse. Concernant le cannabis, un jeune de 17 ans sur deux déclare avoir déjà fumé et un sur dix reconnaît le faire régulièrement. Il faut, face à ce type de comportements, faire preuve d'écoute et non de stigmatisation. Mais il ne faut pas oublier que l'ensemble de ces addictions a des conséquences sur le milieu buccal, et jouent sur la flore, les réactions de défense et entraînent des négligences des règles d'hygiène, et également à un oubli des rendez-vous de soins.

Les mauvais comportements alimentaires entraînent des problèmes de surpoids et d'obésité et influent aussi sur la santé bucco-dentaire : il nous faut prendre en compte les conséquences dentaires des phénomènes d'anorexie ou de boulimie, ceux liés aux boissons qui produisent une déminéralisation, et noter que l'on rencontre les mêmes altérations chez les patients qui souffrent de reflux gastro-oesophagiens mal gérés. Dans leurs choix alimentaires, les jeunes ignorent totalement les sucres cachés. Il s'agit d'une génération qui, par exemple, ne boit pas d'eau ; de plus les périodes de vacances paraissent particulièrement propices à la consommation de produits sucrés par les jeunes, à partir du moment où leur vie quotidienne est libérée du temps scolaire, d'études ou de travail. Il faut garder cela en tête quand on veut leur délivrer un message de prévention.

Le manque d'activités physiques et sportives influe également sur leur santé en général, et buccodentaire en particulier. 70% des jeunes déclarent surfer quotidiennement sur Internet, et rester plusieurs heures devant la télévision ou les jeux vidéo favorise le grignotage ou la consommation de type « fast-food ». A l'inverse, une activité sportive intensive comporte également des risques : une modification de la flore buccale pendant l'effort, la survenue de traumatismes, la tentation de consommer des substances dopantes et la prise de sucres rapides peuvent en être la conséquence.

Il faut ajouter à ce contexte des inégalités de santé : les jeunes handicapés sont souvent éloignés du système de santé, en raison de problèmes d'accessibilité du cabinet dentaire, de son éloignement par rapport à leur structure d'accueil, de la surcharge des hôpitaux qui n'assurent pas toujours le relais ou de l'absence de formation aux gestes d'hygiène bucco-dentaire du personnel de vie travaillant dans les institutions qu'ils fréquentent. La surprotection de leur entourage peut également provoquer un déséquilibre de leur alimentation, notamment dans le cas où les parents cherchent à se déculpabiliser en les abreuvant de sucreries.

Les inégalités de santé peuvent provenir d'un dysfonctionnement entre domaines sanitaire et social. La permanence des soins n'est pas toujours assurée. Certains jeunes ignorent leur droit à la couverture sociale, ou sont négligents pour un domaine de santé qui ne leur semble pas important, et la légendaire « peur du dentiste » doit également être prise en compte.

Parmi les motifs de consultation spontanée des jeunes, les dents de sagesse occupent le premier rang. La douleur inattendue, la coloration disgracieuse des dents liée à la consommation de tabac, la demande de détartrage ou de blanchiment et, plus rarement, le contrôle constituent les autres motifs de consultation. Parmi les motifs de non consultation se trouvent la grossesse, le faible niveau d'éducation,

Santé bucco-dentaire : où sont les jeunes !

l'augmentation des familles recomposées et donc du nombre d'enfants à prendre en charge auxquels il faut ajouter la perte du « cocooning parental » au moment des études ou de l'entrée dans la vie active. On retrouve également la peur de la douleur et la banalisation de l'automédication, surtout si celle-ci a déjà été utilisée dans l'enfance au lieu des soins pour des problèmes liés aux dents temporaires. Un dernier motif tient au vocabulaire : des expressions qui ne correspondent plus à la réalité de nos pratiques mais restent encore utilisées, telles qu'« arrachage de dents », dénotent l'idée que l'on se fait d'un cabinet dentaire.

Il doit néanmoins être possible d'établir un contact avec les jeunes, en les reconnaissant en tant qu'individus autonomes, en allant les trouver là où ils sont, c'est-à-dire dans les lycées, les universités, les centres de formation, les pôles emploi ou le monde du travail, et en s'efforçant de répondre à leurs demandes, par exemple de « relooking ».

Une fois le contact établi, il s'agit de rassurer, d'expliquer que la peur, quoique compréhensible, n'a plus de raison d'être, que la prise en charge par couverture sociale est large et que le coût reste faible si l'on s'astreint à des contrôles réguliers. Il faut aussi savoir accompagner les jeunes vers les cabinets dentaires ou les relais hospitaliers ; utiliser leurs pairs pour gagner leur adhésion et obtenir leur motivation en ciblant leurs attentes. Leur volonté d'être comme les autres explique ainsi leur bonne acceptation des soins orthodontiques. Leur besoin d'être reconnu et leur désir de plaire motivent la demande esthétique qu'ils nous adressent.

Des messages de prévention sur le tabac ou les risques des pratiques sportives doivent également être délivrés. Encore faut-il penser à les interroger sur ces pratiques et leur expliquer, notamment, que la pratique sportive bien comprise a un impact positif sur l'alimentation, sur l'image de soi et sur la diminution des addictions. Dans le cas d'une consultation pour relooking, intervenant souvent au moment de la recherche d'emploi ou de l'entrée dans la vie active, il convient de leur expliquer que le relooking seul ne suffit pas mais doit s'accompagner d'une bonne hygiène buccodentaire au jour le jour. Nous pouvons également nous appuyer sur le PNNS dentaire, qui s'avère particulièrement bien ciblé pour notre activité au quotidien, et utiliser le message publicitaire, quitte à le détourner à notre profit pour permettre au jeune d'être acteur de sa santé.

D'autres éléments s'avèrent favorables. La démarche préventive est désormais possible auprès des jeunes handicapés, de plus en plus souvent intégrés au milieu scolaire dans des classes adaptées ; le développement des « réseaux handicaps » favorise leur prise en charge bucco-dentaire. D'autre part, le Plan Santé Jeunes prévoit à la fois une consultation annuelle « jeunes consommateurs » sans avance de frais et cible les choix alimentaires et la pratique d'une activité physique. La création des maisons d'adolescents et le lancement d'un numéro vert « fil santé jeunes » sont complétés par un accompagnement pour la mise en place d'une couverture sociale.

La Prévention passe par l'Education à la Santé : naissance, enfance et adolescence, c'est là que se joue l'avenir bucco-dentaire de l'adulte ; la période de la grossesse est un moment idéal pour délivrer un message préventif auquel la future maman s'avérera le plus réceptive. Puis, dans l'enfance le message va être double pour atteindre à la fois l'enfant et responsabiliser les parents. A l'adolescence, période clef de maturation, le jeune acquiert des connaissances et des comportements qui se prolongeront jusqu'à l'âge adulte. Le programme M'T Dents constitue également une chance et devrait être étendu à d'autres tranches d'âge pour répondre aux besoins des jeunes éloignés de leur environnement familial.

La loi HPST favorise, quant à elle, la transversalité professionnelle et réaffirme notre place au sein de l'ensemble des professionnels de santé : la coopération indispensable entre professionnels de santé, les associations de malades, la participation de tous les acteurs dans le domaine de la prévention sont indispensables pour aider ces jeunes à devenir acteurs de leur propre santé.

« M'T Dents » : une action illustrative de la démarche de l'Assurance Maladie en matière de prévention

Mme Marie-Christine KETERS

CNAMTS Responsable du Département Information et Prévention

I. Présentation du dispositif

Le programme « M'T Dents » est emblématique des actions que l'Assurance Maladie peut mener en termes de prévention, car il déploie l'ensemble des leviers dont elle dispose.

Le rôle de l'Assurance Maladie en matière de prise en charge des soins est connu de tous. En revanche, son rôle dans la prévention l'est moins alors qu'elle s'avère capable de mener des actions sur l'ensemble de la population. Celles-ci s'inscrivent au carrefour des problématiques de Santé Publique et de Gestion du Risque, la dimension assurantielle ne pouvant être totalement oubliée. Les actions menées au confluent de ces deux pistes sont, pour l'Assurance Maladie, prioritaires.

L'enjeu de Santé Publique que représente la prévention bucco-dentaire chez les jeunes s'est traduit par la Loi de Santé Publique d'août 2004, qui prévoit une réduction de l'indice CAO pour les enfants de 6 et 12 ans, et le plan ministériel de novembre 2005. En matière de Gestion du Risque, l'objectif est d'éviter des soins dentaires lourds, et donc des problèmes de santé, aux jeunes générations en leur donnant le plus tôt possible de bonnes habitudes d'hygiène ainsi qu'en détectant et en traitant précocement leurs problèmes dentaires. Le programme « M'T Dents » se place au confluent de ces deux objectifs d'hygiène et de détection précoce, puisqu'il comprend à la fois un volet « dépistage » et un volet « éducation à la santé ». Il met en jeu un aspect contractuel entre l'Assurance Maladie et les Professionnels de Santé et réunit la volonté des deux parties d'améliorer la situation. Il actionne également un levier « marketing », puisqu'un ciblage des populations a été effectué. Il a conduit à la mise en place d'une approche et d'un message appropriés en fonction de la tranche d'âge, du sexe et de la consommation antérieure de soins dentaires. En termes opérationnels, l'utilisation de nos bases de données nous a permis d'extraire les personnes concernées, qu'il s'agisse des assurés, des ayants-droit et des professionnels, et de mettre en place un processus spécifique de prise en charge. Nous avons aussi utilisé le levier de la communication afin d'accompagner le « produit » par le biais de grandes campagnes de radio, de presse et de télévision.

Le programme « M'T Dents » correspond à la mise en oeuvre de l'ensemble de ces leviers. Il s'agit d'un rendez-vous de prévention élaboré en 2006 dans le cadre de la convention bucco-dentaire et d'un avenant à la convention médicale pour les stomatologistes. Le « produit » est un examen bucco-dentaire (EBD) gratuit, conduit tous les trois ans à des âges spécifiques : 6, 9, 12, 15 et 18 ans, choisis parce qu'ils correspondent à des moments particuliers de la vie des jeunes. Il se traduit par l'envoi, un mois avant la date anniversaire, d'une invitation par l'Assurance Maladie, accompagnée d'un imprimé de prise en charge et autorisant le libre choix du praticien. Il implique enfin une dispense d'avance de frais et une prise en charge à 100 % de l'EBD et des éventuels soins consécutifs.

« M'T Dents », c'est également une campagne de communication radio, télévision, presse et internet, spécifiquement destinée aux tranches d'âge concernées avec un focus placé sur l'âge d'entrée dans le dispositif. Nous sommes en effet partis du principe que si nous arrivions à persuader les enfants de 6 ans de l'intérêt de cet examen, nous les retrouverions plus facilement à 9, 12, 15 et 18 ans. Nous avons mis en place un mailing spécifique selon l'âge du jeune concerné et sa consommation ou non de soins dentaires. L'accompagnement des non consommateurs est plus développé, notamment par l'envoi d'une brochure explicative détaillée. Des relances écrites ont été ajoutées à ce dispositif pour les enfants de 6 et 12 ans, en cas de non consultation constatée dans un délai de trois mois après l'envoi de l'invitation.

Le programme « M'T Dents » a, en outre, mis en place des mesures d'accompagnement telles qu'une sensibilisation à la prévention bucco-dentaire à large échelle dans les écoles, un encadrement plus particulier des jeunes en difficulté sanitaire et sociale, un suivi statistique mensuel de recours à l'EBD et une évaluation médicale actuellement en cours de finalisation. En 2007 et 2008, 82 millions d'euros en provenance du FNPEIS ont été dépensés pour l'ensemble du programme.

II. Résultats du dispositif

Le niveau de recours à l'examen bucco dentaire s'est avéré nettement supérieur à celui du dispositif précédent. En effet, le bilan bucco-dentaire qui prévoyait un rendez-vous annuel pour les 13-18 ans, a toujours plafonné autour de 15 % alors qu'à mi-2009 le taux de participation à l'EBD pour l'ensemble des tranches d'âge concernées s'établit à 30 %. La fréquentation a donc doublé. Nous obtenons notamment de bons résultats pour les jeunes n'ayant pas consulté de chirurgien-dentiste l'année précédente, qui constituaient notre cible prioritaire. L'écart de participation se creuse, d'ailleurs, entre les enfants allant et n'allant pas régulièrement chez le dentiste.

Nos résultats montrent, d'autre part, une hausse de fréquentation globale des chirurgiens-dentistes. Pour les enfants de 6 ans, le taux de fréquentation des cabinets dentaires, dans le cadre de l'EBD ou non, est ainsi passé de 27 % en 2006 à 45 % en 2009. Elle s'avère en progression pour toutes les tranches d'âge, mais de manière moins marquante pour les adolescents. Le décrochage des 15-18 ans est une caractéristique de toutes les actions de prévention.

Les taux de soins consécutifs à un examen bucco-dentaire apparaissent moins importants pour les enfants de 6 ans que pour les autres. Ce résultat s'explique par le moindre besoin de soins de cette tranche d'âge. Néanmoins, le taux de recours aux soins après un EBD est en croissance pour l'ensemble de la population concernée et s'établit en moyenne à 50 %.

Le programme de sensibilisation à destination des enfants de 6 et 12 ans, mis en place dans le cadre d'un cahier des charges élaboré en relation avec le Ministère, avait pour objectifs d'améliorer leur connaissance des questions d'hygiène bucco-dentaire et de les inciter à participer à l'EBD. Trois-quarts des départements français ont ainsi déployé des mesures d'accompagnement en milieu scolaire pour la période 2006-2007. Dans les départements participants, l'ensemble des classes regroupant ces tranches d'âge ont mis en oeuvre ces mesures. Le dispositif s'est étendu à 81 départements au cours de l'année scolaire 2008-2009 mais les classes concernées ont été, cette fois, plus ciblées. Ces mesures d'accompagnement ont fait l'objet d'appels à projets, dans lesquels il était demandé au prestataire d'imaginer le contenu des interventions et de les réaliser. Dans 53 % des cas pour les 6 ans et dans 82 % des cas pour les 12 ans, c'est l'UFSBD qui en a été le promoteur. Nous avons, pour notre part, réalisé un suivi de l'impact des mesures. Nous avons ainsi constaté une progression de l'ordre de 17 à 18 % du taux d'acquisition de connaissances en matière d'hygiène bucco-dentaire, ce qui constitue un bon résultat. Nous avons également tenté d'évaluer la corrélation entre la mise en place de mesures d'accompagnement et la participation des jeunes à l'examen bucco-dentaire. Les résultats dont nous disposons ne font pas

apparaître de corrélation significative. C'est pourquoi, pour l'année 2008-2009, nous avons demandé aux prestataires de réaliser une sensibilisation non pas dans l'intégralité des classes du département mais dans les zones les plus défavorisées, où les taux de participation à l'examen bucco-dentaire s'avéraient moins satisfaisants.

Selon un paradoxe bien connu, plus on développe la prévention, plus les inégalités de santé s'accroissent. Ce sont, en effet, les personnes les plus soucieuses de leur santé qui participent plus volontiers aux actions de prévention. Dans le souci d'amener les populations les plus éloignées du système de santé vers nos actions de prévention, nous avons mis en place des modalités spécifiques destinées à aller chercher ceux qui n'y participeraient pas spontanément. Ce type d'actions est assez complexe. Dans le cadre du programme M'T Dents, nous avons décliné un programme pédagogique spécifique dans les ZEP, en lien avec les infirmières scolaires et les instituteurs. Il s'agissait non seulement de convaincre les enfants et leurs parents mais aussi de les accompagner, parfois même physiquement, jusqu'au cabinet dentaire. Des actions de suivi ont également été mises en place dans les cas où, après l'EBD, les enfants avaient besoin de soins.

Dans le cadre de ce programme spécifique au sein des zones défavorisées, le taux d'acquisition des connaissances a progressé de la même manière qu'ailleurs. Le taux de fréquentation d'un chirurgien-dentiste après la séance de sensibilisation a été de 40 %. Dans 30 % des cas, ces consultations ont été cotées autrement qu'en EBD. Un besoin de soins est apparu pour 42 % de ces enfants, ce qui constitue une proportion assez élevée. Parmi eux, le taux de recours aux soins a été de 70 %.

Le programme M'T Dents a donné lieu à une stratégie de recrutement affinée et à un effort maintenu. Dans un souci d'amélioration continu en fonction des résultats constatés, les mailings ont été revus. De la même manière, les mesures d'accompagnement et les actions de terrain ont été renouvelées mais, comme je l'ai montré, avec un ciblage renforcé vers les zones où la participation était moins satisfaisante. Nous avons également étendu cette année les expériences de relance téléphonique ou par SMS. Ce type de relance, que nous utilisons par ailleurs dans d'autres types d'actions auprès des populations précaires ou des jeunes, fonctionne assez bien et permet d'accroître la participation des jeunes aux dispositifs. Nous avons, enfin, élaboré une communication plus ciblée vis-à-vis des adolescents, afin d'éviter le décrochage des jeunes de 18 ans et, dans une moindre mesure, des 15 ans. Etant donnés les résultats peu satisfaisants enregistrés lors d'une précédente expérience, nous n'avons pas opté pour un programme spécifique pour les 15-18 ans du type de celui organisé pour les enfants de 6 ans en ZEP. Nous avons préféré porter nos efforts sur un mode de communication spécifique à cette tranche d'âge, notamment par le biais d'internet.

Quelles solutions pour les jeunes ? Réalisation d'une action de prévention bucco-dentaire pour les étudiants de l'Université de Nice Sophia-Antipolis

Dr Jacques WEMAERE Secrétaire Général Adjoint de l'UFSBD

Dr Laurence LUPI-PEGURIER MCU/PH, Faculté de Nice

Dr Rémi SIONNEAU Chirurgien-dentiste à Menton

I. Présentation des actions de prévention de l'UFSBD par le Dr Wemaere

A la lumière des interventions précédentes, je devrais sans doute opter pour l'intitulé suivant : quelle solution avec les jeunes ? L'initiative dont les résultats vous seront présentés s'est d'ailleurs déroulée avec, par et pour les jeunes. Le colloque s'est organisé à la suite d'un grand nombre de groupes de travail. Les interventions qui nous ont précédés aujourd'hui ont porté sur le passage des constats aux solutions, qui nous a permis de mieux appréhender le jeune adulte au sein du cabinet dentaire et d'être plus en adéquation avec sa demande de santé, puis sur la présentation de l'offre M'T Dents, qui est l'exemple d'une stratégie visant à accroître la fréquentation des cabinets dentaires par les jeunes. La question qui se pose alors est de savoir que faire de la proportion des jeunes qui ne participe pas à ces actions. Ce que la profession propose n'est pas nécessairement en adéquation avec leur demande. Il n'est pas possible de répondre à cette question en envisageant l'ensemble des jeunes d'une manière générique. Il existe, nous l'avons vu, différentes populations jeunes : les étudiants, les travailleurs, les jeunes plus ou moins précaires... Des différences existent également au sein d'une même catégorie. Il nous faut donc appréhender les solutions en fonction des cibles et de leurs différences. Nous n'aborderons pas de la même manière, par exemple, les jeunes en alternance, les salariés, les inactifs et les étudiants.

Comme Mme Keters nous l'a présenté, nous constatons un décrochage des jeunes de 18 ans vis-à-vis de la prévention. En partenariat avec la SMEREP, l'UFSBD mène actuellement une expérimentation dans les lycées d'Ile-de-France auprès de la population des 15-18 ans. Son objectif est de soutenir et renforcer la mise en oeuvre de l'examen bucco-dentaire. Le principe est identique à celui que nous appliquons dans nos programmes d'action à destination des 6-9 ans. Il consiste à aller à la rencontre des 15-18 ans dans les lycées pour envisager avec eux la meilleure manière de les accompagner chez les chirurgiens-dentistes. Il s'agit donc de démystifier à nouveau le cabinet dentaire et de les sensibiliser à la relation qui existe entre santé générale et santé bucco-dentaire, que ce soit à propos de l'alcool, de la nutrition ou des addictions. Cette action vient de démarrer. Nous n'en percevons donc les premiers résultats que l'année prochaine. Néanmoins, l'idée est de sortir de nos cabinets dentaires, d'aller à la rencontre de notre public-cible et de leur proposer de les accompagner vers les chirurgiens-dentistes.

Une autre expérience, que nous avons voulu mettre en lumière aujourd'hui, est celle de la prévention par les pairs, c'est-à-dire imaginée et réalisée par les étudiants en chirurgie dentaire. Elle a été menée par l'Université de Nice.

II. Présentation du contexte de l'action par le Dr Lupi-Pégurier

Avant toute chose, je tiens à remercier Michèle Muller-Bolla et Jasmine Moretti qui nous beaucoup aidé, Rémi Sionneau et moi, dans la réalisation de cette action.

Si l'on se place dans le contexte scientifique français, on s'aperçoit qu'il existe relativement peu d'actions de promotion de la santé bucco-dentaire envers les étudiants. Les quelques études existantes nous montrent que le CAOD est assez élevé. Etant donné que les enquêtes de l'UFSD font état d'une très nette amélioration de l'état de santé bucco-dentaire à 12 ans, cela signifie qu'il existe une aggravation entre 12 et 20 ans. Il convient donc de comprendre pourquoi. Les interventions précédentes ont apporté de nombreux éléments de réponse. La nature même de la vie étudiante est peut-être en jeu : éloignement de la cellule familiale, autonomie dans la gestion de sa propre santé, comportements alimentaires aberrants ou comportements addictifs.

A la fin de l'année 2006 paraît un rapport du député Laurent Wauquiez sur la santé et la protection sociale des étudiants. Leur état de santé y est qualifié de « préoccupant ». En dehors des problèmes d'addictions, le rapport souligne un sentiment de mal-être. Il montre également un renoncement aux soins pour raison financière chez 15 % d'entre eux, en particulier dans le domaine optique et dentaire. Leur absence de conscience d'une notion de « capital santé » explique notamment ce comportement.

Nous disposons, dans la région PACA, d'un Groupement Régional de Santé Publique ayant développé un axe de santé bucco-dentaire. Alarmé par la teneur du rapport Wauquiez, il a lancé un appel à projets en faveur de la promotion de la santé bucco-dentaire auprès des étudiants. L'UFR d'Odontologie y a répondu en proposant d'impliquer ses étudiants dans la définition du message à porter aux autres étudiants. Nous avons utilisé pour cela les vacances d'intérêt général, tels qu'ils ont été définis par la réforme des études de 1994. La transmission du message par les pairs fonctionne mieux. Il existe en effet une proximité générationnelle qui a fortement potentialisé la délivrance du message de prévention. Le projet visait à coupler le projet pédagogique et l'action sur le terrain. L'enjeu était de taille, étant donné que la santé publique est une matière réputée rébarbative, difficile d'accès et éloignée des préoccupations de terrain. Mais nous avons là l'occasion de placer les étudiants au cœur de leur rôle d'acteurs de santé publique de demain, non pas uniquement en tant qu'exécutants mais également en tant que concepteurs, réalisateurs et évaluateurs d'une action.

Nous avons donc lancé, tout au long du premier semestre, une dynamique de projet à travers des séances de travaux dirigés. Nos étudiants sont véritablement allés vers les étudiants des autres filières. Notre stratégie a consisté à déployer l'action en deux temps. Nous avons organisé, d'une part, une Journée de Promotion de la Santé Bucco-dentaire chez les étudiants, au cours de laquelle nous proposons des dépistages gratuits dans les campus. L'objectif de cette journée était d'éveiller les étudiants à l'importance de la santé bucco-dentaire et de ses retentissements sur la santé en général, d'améliorer leurs connaissances dans ce domaine, de mettre en évidence l'éventuelle présence de facteurs de risque, de déterminer quels étaient les freins à la consommation de soins et d'aboutir, si possible, à la modification des comportements délétères.

L'Université de Nice Sophia-Antipolis compte 25 000 étudiants, répartis en 12 composantes et dispersés sur 8 campus à travers la ville. Afin de potentialiser notre action, il nous a fallu mettre en place une communication percutante. Nous avons ainsi mené des actions à la fois dans les médias régionaux et au sein de l'université. A cette occasion, nous nous sommes dirigés vers les supports que les étudiants ont l'habitude de consulter, en placardant des messages de prévention sur le portail de l'université, en informant chacun des professeurs par le biais de leur adresse e-mail professionnelle et en diffusant des affiches créées pour l'occasion par nos étudiants. Dans l'élaboration de ces affiches, nous avons utilisé le

principe du teasing, qui consiste à jouer sur la curiosité du public, par exemple en posant une question sans y apporter de réponse immédiate. Ce principe était parfaitement connu de nos étudiants. Ils ont ainsi imaginé une affiche présentant, à gauche, une jeune fille au look un peu rétro et, à droite, la même jeune fille habillée d'une manière plus conforme aux standards de sa génération. La question posée par l'affiche était : « à côté de qui aimeriez-vous vous réveiller ? » et précisait que la réponse serait dévoilée une semaine plus tard. A cette date, une seconde affiche a été placardée représentant les deux mêmes jeunes filles. Mais cette fois, la jeune fille de gauche arbore un magnifique sourire et présente des dents blanches et alignées tandis que le sourire de la jeune fille de droite dévoile une bouche édentée. Nous avons joué là sur la dimension sociale du sourire et sur son importance dans l'appréciation que nous avons d'une personne.

III. Présentation de la journée de prévention du 5 février par le Dr Sionneau

Lors de cette journée, nous avons utilisé la proximité générationnelle des étudiants entre eux pour promouvoir notre message. Divers ateliers ont été mis en place afin d'améliorer leurs connaissances. Nous disposions de plusieurs outils de communication, dont une plaquette contenant des conseils d'hygiène bucco-dentaire, un questionnaire que les étudiants nous remettaient et un court-métrage dont le slogan était « le dentiste, c'est automatique ». Ces outils visaient la modification des comportements délétères, par une prise de conscience et par l'apprentissage des bonnes pratiques d'hygiène.

Au cours de cette journée, nous avons touché un public de 2142 étudiants, âgés de 21,14 ans en moyenne et ayant, pour 75 % d'entre eux, un niveau d'études inférieur ou égal à la licence. La couverture sociale des étudiants de l'UNSA était composée à 58,5 % d'une mutuelle complémentaire tandis que 34,3 % d'entre eux ne bénéficiaient que de la Sécurité Sociale. Au niveau national, 82 % des étudiants sont couverts par une mutuelle. Les étudiants niçois apparaissent donc moins bien couverts.

Près d'un étudiant sur quatre ne prenait pas trois repas quotidiens, neuf sur dix prenaient au moins un en-cas par jour et 15,8 % estimaient souffrir de troubles alimentaires. Le type de couverture sociale semble influencer le comportement alimentaire : les étudiants bénéficiaires de la CMU déclarent ne prendre que deux repas mais jusqu'à trois en-cas par jour. Or les chiffres de l'Afssa montrent que la consommation de sucres et de glucides simples entraîne souvent l'obésité ou le surpoids. Concernant les boissons, la majorité des étudiants ne boit que de l'eau mais un quart d'entre eux consomme des boissons sucrées tous les jours. Ils sont 71,4 % à consommer de l'alcool, et ce d'autant plus régulièrement que leur couverture sociale est moindre.

Au niveau national, la consommation de tabac par les étudiants est en chute perpétuelle depuis cinq ans. Les résultats de notre enquête montrent que les étudiants titulaires de la CMU ou ne bénéficiant d'aucune couverture sociale sont les plus nombreux à fumer régulièrement.

Au sein de notre échantillon, 18,3 % des personnes interrogées consomment du cannabis. La grande majorité d'entre eux ne sont pas fumeurs de tabac. La consommation de cannabis est occasionnelle pour 83,3 % des non-fumeurs et pour 66,7 % des fumeurs. Les étudiants fumant plus d'un paquet de cigarettes par jour courent un plus grand risque d'avoir une consommation quotidienne de cannabis.

S'agissant de leur santé bucco-dentaire, 96,1 % des étudiants déclaraient se brosser les dents tous les jours, matin et soir pour 69,5 % d'entre eux. La part des étudiants ayant consulté un dentiste depuis moins d'un an était de 59,5 %. Analysée par filière d'études, cette fréquentation apparaît plus importante chez les étudiants en chirurgie dentaire, en lettres et en psychologie. Parmi les personnes interrogées, plus d'un tiers disaient réaliser un détartrage annuel et plus de six sur dix avouaient avoir déjà eu une

carie. En revanche, 15,5 % déclaraient avoir déjà renoncé à des soins dentaires pour des raisons financières. Interrogés sur les comportements délétères qu'ils seraient prêts à modifier, les étudiants font preuve de passivité, puisqu'à 87,5 % ils n'envisageaient pas d'arrêter leurs conduites addictives.

Au cours des journées de dépistage, nous avons recueilli des données relatives à l'état de santé bucco-dentaire des étudiants. Nous réalisons, pour cela, un dépistage gratuit avant de les informer sur leur état de santé bucco-dentaire et de répondre à leurs questions à l'aide de matériel pédagogique adapté. En raison des vagues de grève existant à cette période, nous n'avons pu toucher que 273 étudiants. La majorité d'entre eux étaient couverts par une complémentaire santé ou ne bénéficiaient que de la Sécurité Sociale, près de la moitié avaient un recours régulier au chirurgien-dentiste, les deux tiers avaient déjà reçu des soins et 38 % d'entre eux n'avaient jamais eu de carie. Le CAOD global s'élevait à $2,61 \pm 3,15$ et s'avérait plus important chez les hommes que chez les femmes. Les besoins en soins s'élevaient à plus de 67 % et s'établissaient même à 89,2 % pour les étudiants ne bénéficiant que de la Sécurité Sociale. Il s'agissait à 60 % de soins d'OCE, à 40 % de parodontie et à 20 % de soins prothétiques.

Différentes études réalisées auprès de la population étudiante dans les Alpes-Maritimes montrent que le CAOD est passé de $8,33 \pm 3,94$ en 1992 à $4,43 \pm 3,36$ en 2002 et enfin à $2,61 \pm 3,15$ dans notre étude. De la même manière, la proportion d'étudiants indemnes de carie a progressé de 23,5 % dans les années 1990 à 37,9 % dans notre étude. Le travail de fond réalisé par l'UFSBD, l'Assurance Maladie et l'ensemble des UFR d'Odontologie de France semble donc porter ses fruits. Une étude réalisée par l'UFSBD en 1998 montre que le CAOD à 12 ans était de $1,94 \pm 2,3$. Si on compare ce chiffre à celui fourni par notre étude, cela signifie que moins d'une carie s'est développée en moyenne entre 12 et 22 ans.

En conclusion, notre action de prévention montre plusieurs points forts. Elle a constitué, d'une part, une expérience enrichissante pour les étudiants de dernière année d'odontologie. Il s'agissait, d'autre part, d'un concept participatif innovant. Elle a mené, enfin, à la reconduction du partenariat avec le GRSP. Nous espérons, cette année, que les grèves ne viendront pas perturber notre action de prévention. Nous comptons également améliorer la précision de certains items et étendre le projet pédagogique aux étudiants d'autres filières, telles que l'informatique ou la communication, afin de rendre nos outils plus percutants. Dans une société où les modes de communication sont de plus en plus rapides, notamment pour les membres de la « planète ado », je pense qu'il est important de redonner une valeur à l'écoute et à la parole, indispensables à la prévention primaire. Notre rôle de chirurgien-dentiste ne se limite pas au soin des lésions. Nous sommes de véritables acteurs de santé publique, en termes de prévention des facteurs de risque, de nutrition, d'addictions et d'hygiène bucco-dentaire.

IV. Présentation des perspectives d'action par le Dr Wemaere

Pour rester dans le monde universitaire, l'UFSBD développe actuellement un partenariat avec le Haut Commissariat à la Jeunesse visant à mettre en place un programme de promotion de la santé bucco-dentaire auprès des étudiants. Je rappelle, cependant, que le public des jeunes est plus large que le public étudiant. Nous menons également des actions à destination de ces autres publics. Nous sommes, par exemple, intervenus dans les missions locales en Aquitaine afin de sensibiliser et d'accompagner les jeunes qui restent en marge de la société. Nos axes de réflexion se porteront sur le lancement d'études pilote sur la santé bucco-dentaire des 18-25 ans, sur le monde de l'entreprise à travers la médecine du travail et sur l'ensemble des lieux fréquentés par les jeunes.

Si la question de l'accès aux soins et du renoncement pour raisons financières est indéniablement importante, l'ensemble des interventions de ce colloque nous ont montré qu'il nous fallait également, dans notre approche des jeunes, travailler sur les notions de peur, de douleur, de négligence, de disponibilité, d'information et de sentiment d'invulnérabilité.

Population étudiante : cible et acteur de la prévention

L'expérience du réseau étudiant de la FAGE

M. Nicolas GRONDIN

Vice-Président en charge de la Prévention, de la Citoyenneté et de la Solidarité à la Fédération des Associations Générales Étudiantes

I. Présentation de la FAGE

La FAGE est une fédération nationale d'associations étudiantes. Elle est elle-même composée de fédérations de villes et de fédérations monodisciplinaires. Elle regroupe un total de 1 500 associations et de 300 000 étudiants, sur les deux millions que compte notre pays. A ce titre, elle constitue la deuxième organisation représentative et le premier réseau associatif étudiant de France.

La FAGE a trois missions principales. La première est une fonction de représentation au sein des conseils nationaux et auprès des ministères. La seconde regroupe les activités de formation, qui s'adresse aux membres associatifs étudiants. Entre 4 000 et 4 500 d'entre eux suivent une formation de la FAGE chaque année, portant sur des thématiques d'action, de prévention ou de gestion associative. L'animation des campus est notre troisième mission. Nous mettons en place, dans cette optique, des actions telles que la récolte de 300 000 euros par an pour le Téléthon, l'organisation de 9 colloques sur le développement durable, la sensibilisation de 600 associations au commerce équitable, le lancement d'une pétition en faveur de la mobilité européenne, la collecte de tickets de RU pour les étudiants en situation de précarité, l'organisation de « soirées étudiantes responsables » ainsi que la mise en place d'actions de sécurité routière et de prévention sur les questions d'IST et de SIDA.

II. La prévention au sein de la FAGE

Nos actions de prévention se déroulent à l'échelle nationale, même s'il existe de nombreuses initiatives locales. Pour développer ces actions, nous avons mis en place une méthodologie qui part des besoins locaux, émanant d'associations à la recherche de contacts, de documentation ou d'outils. Les principales thématiques que nous abordons sont : la sécurité routière, les IST et MST, les substances psychoactives, la prévention du suicide, les soirées responsables et une nouvelle campagne intitulée « Etudiant Bien Dans Sa Peau ». Cette dernière initiative porte sur cinq domaines : la nutrition, les substances psychoactives, l'activité physique, le stress et le sommeil, la sexualité. Nous ne développons pas actuellement de campagne nationale sur la santé bucco-dentaire mais cette problématique est tout à fait envisageable.

Afin de créer et mettre en place ces actions dans le milieu étudiant, notre méthode repose sur la prévention par les pairs. Nos interlocuteurs sont à la fois les étudiants eux-mêmes et les professionnels de santé. Si l'on prend l'exemple des actions de prévention du suicide, les étudiants sont chargés de la première approche mais les services universitaires de médecine préventive et un certain nombre de psychologues leur sont associés sur le terrain. Ce type de dispositif permet de casser les barrières générationnelles, qui constituent le premier frein à une bonne écoute et à une transmission des messages.

Nous arrivons, par ce biais, à toucher un maximum d'étudiants et à atteindre notre objectif final, qui est d'opérer un relais vers les structures locales d'accompagnement et de faire en sorte que les actions se prolongent au-delà du temps de la campagne.

Nous organisons également des actions mises en oeuvre par des étudiants à destination d'autres milieux. C'est le cas, par exemple, de l'opération « Hôpital des Nounours » réalisée par les étudiants en médecine vers les enfants des écoles maternelles. Les élèves de ces classes accompagnent leur peluche à une consultation médicale, au cours de laquelle les étudiants prodigueront des soins fictifs. Cette initiative a une visée pédagogique d'explication, de dédramatisation du cabinet médical et de l'hôpital et de renforcement de la confiance dans le personnel soignant. Les étudiants en médecine réalisent également des actions de prévention des IST et MST au sein des collèges. Les résultats de ces actions montrent l'importance, pour les adolescents, d'avoir affaire à des intervenants jeunes, ayant par exemple un vocabulaire plus proche du leur. Cette initiative devrait être reconduite et étendue ces prochaines années. Enfin, nous sommes sur le point de lancer une nouvelle opération à destination du public lycéen, intitulée « Parlons de sexualité ». Elle devait, à l'origine, porter elle aussi sur la prévention des IST et MST mais a été élargie aux comportements liés à la sexualité afin de faire tomber quelques préjugés.

Notre credo, que nous résumons par le slogan « Par et pour les étudiants ! », montre l'importance que nous accordons à l'action et à la prévention par les pairs, mais avec l'intervention de professionnels.

Table ronde

Pr Denis BOURGEOIS

Ce colloque nous a permis de dresser un état des lieux exhaustif et d'établir une somme de propositions. J'aimerais maintenant recueillir l'avis de chacun des intervenants sur ce qui, dans le domaine de la prévention en faveur de la santé bucco-dentaire, fonctionne bien, sur ce qui pourrait être amélioré et sur ce qui pourrait être développé.

Mme Marie-Christine KETERS

S'agissant du programme M'T Dents, les conclusions sont assez évidentes. Par rapport au programme précédent, nous sommes satisfaits de la progression du taux de participation, mais celui-ci reste tout de même inférieur à 50 %. Le problème est de savoir comment attirer la grosse moitié qui n'y participe pas encore. Nous avons imaginé des ressorts et des outils à cette fin, mais nous nous interrogeons sur la proportion qu'il est raisonnable de penser pouvoir atteindre et sur les moyens qu'il convient de développer tout en garantissant la soutenabilité financière du dispositif.

Dr Patrick HESCOT

Il faut, je pense, rester ambitieux mais réaliste. A l'échelle mondiale, l'une des plus grandes campagnes existantes concerne la prévention du cancer du sein. Nous atteignons à l'heure actuelle un taux de participation des femmes à l'examen mammographique de 50,7 % (France entière en 2007 – source Inves). Or la mise en place du dépistage organisé date de dix ans maintenant. On ne peut donc pas espérer enregistrer, du jour au lendemain, une participation de 100 %. L'avantage que nous avons, dans le débat qui nous anime aujourd'hui, tient au fait qu'il est très fructueux d'inciter un jeune à changer son comportement. A mon sens, le meilleur moyen de s'adresser à un jeune âgé de 18 à 25 ans est d'intensifier nos actions en direction des moins de 18 ans. Il ne faut pas non plus se cantonner aux populations vulnérables, qui ne représentent que 10 à 15 % de la population. Il faut, bien sûr, poursuivre notre action en leur faveur mais sans oublier les autres. Dans cette perspective, l'école a un grand rôle à jouer, parce qu'elle est obligatoire. Nous intervenons déjà, puisque les chirurgiens-dentistes constituent la deuxième profession à s'y rendre. Mais il faut, à mes yeux, y développer le respect de l'autre par le biais de l'instruction civique. Plus nous parviendrons à nous adresser tôt aux enfants, plus nos chances de succès s'accroissent. Quant à la tranche d'âge des 18-25 ans, je pense que toutes les actions à leur égard sont également valables, que tous les efforts sont bons à prendre. La seule chose qui, en France, manque souvent à ces dispositifs est la mise en place de protocoles d'évaluation, dans le but de parvenir à de meilleurs résultats la fois suivante. Il faut également favoriser les actions plurielles, par le biais d'internet, des SMS, de la télévision ou des journaux, et les programmes qui amènent les différents protagonistes à travailler ensemble. Nous ne sommes pas trop nombreux et plus nous travaillerons ensemble, plus nous donnerons envie à d'autres de travailler avec nous.

Pr Monique-Marie ROUSSET

Deux choses m'ont alertée aujourd'hui. Le fait, d'une part, que la santé bucco-dentaire des étudiants se dégrade paraît inquiétant. Il faut dès lors renforcer les interventions avant que cette dégradation n'intervienne, c'est-à-dire dans les dernières années du lycée. Le support de l'image est particulièrement

pertinent à cet égard. Une affiche, posée dans le couloir qu'ils traversent tous les jours, peut opérer comme une sorte de message subliminal. Un autre axe de travail peut être développé avec les infirmières des lycées, impliquant notamment une formation de ce personnel.

A l'autre extrémité, il est important d'agir lors de la grossesse et des premières années de la vie. La grossesse est un moment particulier où les futurs parents veulent le meilleur pour leur enfant et donc où les messages passent le mieux. De la même manière, une prévention efficace au cours de la petite enfance produit des effets tout au long de la vie.

Dr Emmanuel RICARD

Nous éprouvons des difficultés, à l'heure actuelle, à atteindre nos objectifs en termes d'évaluation de programmes. Je souscris donc à la proposition qui a été faite de mieux évaluer. Les problèmes de taux de participation des populations sont les mêmes pour tous les programmes de prévention. Cela nécessite donc un travail spécifique et transversal. Nous pourrions ainsi nous interroger sur les raisons qui nous empêchent d'atteindre certaines populations. Le travail avec les pairs peut constituer une réponse intéressante. Lors d'une campagne de dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein, nous avons travaillé, par exemple, auprès de populations de Gitans ou originaires d'Afrique du nord dans certains quartiers de Nice. Nous avons ainsi constaté que les femmes se sont regroupées et ont vaincu ensemble leurs propres craintes afin d'aller demander à leur mari pourquoi ils refusaient qu'elles participent aux examens mammographiques. Ces questions sociétales ne peuvent pas se résoudre à l'échelle individuelle. Il s'agit là d'un premier axe de travail.

Sur la question des populations précaires, l'important est de trouver des moyens de leur permettre de reprendre une certaine autonomie sur leur propre vie. Elles ne sont souvent pas demandeuses de processus d'assistance mais d'une aide au sein de laquelle elles sont reconnues en tant que personnes. Cette réflexion constitue un second axe de travail important.

Le troisième axe, enfin, consiste à trouver les moyens dont les professionnels et la société civile disposent afin de contrecarrer les groupes d'intérêt qui procèdent actuellement au démantèlement d'un certain nombre d'acquis sociaux et de protections globales. Il nous appartient de défendre les questions de santé face aux lobbies qu'ils soient du sucre ou d'autres grandes industries..., ceux qui s'activent quotidiennement au Sénat et à l'Assemblée Nationale.

Dr Laurence LUPI-PEGURIER

Certaines mesures pourraient, à mon avis, être mises en place de manière pratique. Lorsque des étudiants, par exemple, participent à des actions de dépistage qui font apparaître des besoins de soins prothétiques, il pourrait être intéressant de mettre en place un partenariat avec l'Assurance Maladie pour une prise en charge immédiate de ces soins.

Mme Marie-Christine KETERS

Ce type de dispositifs existe. Il ne s'agit pas, en effet, d'une mesure générale puisque ce type de prise en charge ne peut être qu'exceptionnel. Il existe ainsi un Fonds d' Action Sanitaire et Social pouvant intervenir dans le cas de personnes en difficulté financière qui ont des besoins de soins importants.

M. Nicolas GRONDIN

La scolarisation étant obligatoire jusqu'à 16 ans, il me semble que les dispositifs les plus importants devraient être mis en place avant cet âge afin de toucher l'ensemble de la population jeune. Par la suite, comme nous l'avons vu, les situations sont extrêmement diverses et compliquent la définition des actions. La question des conséquences de nos comportements, notamment sur le long terme, reste, à mon avis, insuffisamment abordée. Il serait intéressant de développer des actions de communication sur ce sujet.

De la salle

Je suis Président de l'UFSBD de l'Aisne. Il existe actuellement en France un cabinet dentaire tous les quinze kilomètres. Dans mon département, chaque personne vit en moyenne dans un rayon de sept kilomètres par rapport au cabinet le plus proche. Le problème de la démographie est donc un faux problème. Notre plus grande difficulté est d'arriver à faire vivre durablement un cabinet dentaire dans ces régions. On parle toujours d'offre de soins mais pas assez de demande de soins. Culturellement, les gens n'ont pas envie de venir consulter. L'enjeu consiste à transmettre cette envie aux jeunes, par le biais d'initiatives comme M'T Dents.

On se demande souvent pourquoi, par exemple, les étudiants n'achètent pas de lunettes. Depuis que ma fille a été remboursée de 25 centimes d'euro par verre et 1,26 euro pour la monture, je ne me pose plus la question. Lorsque je pratique une extraction de dents de sagesse, qui nécessite une heure de travail et me coûte 250 euros, je ne suis payé que 83,60 euros pour cette intervention. Cela fait quatre ans que nous évoquons, ici même, les problèmes de remboursement, mais rien ne change.

De la salle

Je suis Présidente de l'UFSBD-Picardie. J'ai participé à l'expérimentation du dispositif à destination des jeunes de 18 ans mis en place par la Caisse de Creil. Un travail sensationnel a été réalisé à cette occasion. La quasi-totalité des jeunes qui sont venus consulter avaient des problèmes dentaires. Dix ou onze d'entre eux ont accepté de venir voir comment cela allait se passer et seulement une seule a accepté de se faire soigner. Elle s'est fait accompagner au cabinet dentaire par une employée de la Sécurité Sociale mais s'est enfuie aussitôt arrivée. Le travail considérable de prévention n'a donc abouti à rien alors que les soins prodigués étaient entièrement gratuits. Le problème est donc de pouvoir soigner les jeunes.

De la salle

Dans le département où j'exerce, le même dispositif s'est soldé par un taux d'EBD de 40 %, en emmenant les jeunes jusque dans le cabinet par le biais de la mission locale.

Pr Monique-Marie ROUSSET

La peur s'installe au fil des années sur les terrains inconnus. Elle s'installe lorsqu'un enfant entend un camarade ou un voisin raconter une expérience traumatisante dans un cabinet dentaire. Vaincre la peur, c'est faire connaissance avec quelque chose d'inconnu. On pourrait ainsi mettre en place des visites de cabinets dentaires par des enfants de deux ans.

Dr Rémi SIONNEAU

On parle, à l'heure actuelle, de « mosaïque étudiante » pour retranscrire les diversités culturelles et sociales croissantes au sein de cette population. Les messages risquent, dès lors, d'être de plus en plus difficiles à faire passer. Les sociologues ou les ethnologues pourraient en témoigner, on ne s'adresse pas de la même manière à des populations différentes. Le renforcement de la prévention avant 16 ans me paraît être une bonne idée. Nous pourrions également, à l'instar de nos voisins du nord de l'Europe, mettre en place un système incitatif pour amener les enfants chez les praticiens de plus en plus tôt.

De la salle

Je fais partie de l'UFSBD-Gironde. J'aimerais parler d'une action que j'ai menée dans le cadre d'un partenariat entre l'UFSBD et le DU de Santé Communautaire de l'Université de Bordeaux II. J'ai ainsi conduit un état des lieux dans les missions locales, sur la base d'un questionnaire élaboré avec le CRAES. Les résultats sont conformes à ceux de l'enquête de 2004 qui a été présentée et ont fait apparaître l'existence de besoins. L'un des items du questionnaire proposait aux personnes enquêtées de participer à la création d'outils. Il s'agissait en l'occurrence d'une plaquette de prévention que je souhaitais éditer avec eux. Au sein de trois missions locales situées à Bordeaux- Centre, en communauté urbaine et en milieu rural, j'ai

donc pu réunir les volontaires et élaborer une plaquette. Cette initiative a très bien fonctionné.

J'ai souhaité, par la suite, étendre cette démarche. J'ai ainsi mis en place un Atelier-Jeunes, basé sur des questionnaires et des brainstormings, autour de la question : « quelle image vous évoque le chirurgien-dentiste ? ». Cet atelier a, lui aussi, très bien fonctionné. Les jeunes ont adhéré à la démarche et ont participé aux actions de dépistage, même si je me suis heurté par la suite au problème de suivi des soins. En tirant les leçons de l'expérience, j'ai regretté que cette action n'ait pas été menée de manière collégiale. Je pense ainsi, comme M. Ricard, qu'il faut privilégier une approche globale, associant les problématiques de santé bucco-dentaire, de nutrition, de santé générale, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique. Il est essentiel de mener de telles actions auprès des 16-25 ans, qui sont à un âge où l'on s'oppose, où l'on transgresse mais aussi où l'on se crée une personnalité que l'on gardera toute sa vie. Les actions à développer pour eux sont spécifiques. Il faut ainsi qu'elles engendrent des bénéfices secondaires assez immédiats, tels qu'un accès aux soins rapides, l'explication de formulaires qu'ils ne comprennent pas comme ceux de la CMU ou une reconnaissance personnelle par le biais d'articles de presse. C'est en menant de telles actions que les chirurgiens-dentistes parviendront à changer l'image de la profession.

De la salle

Je fais partie de l'UFSBD-Oise. Il me paraît important de développer la relation à l'autre mais également la relation à soi-même. C'est à ce niveau que se joue l'envie d'être en bonne santé. Les jeunes adoptent parfois des comportements auto-destructeurs, y compris dans le domaine bucco-dentaire. Il y a donc une éducation sur cet aspect qui, à mon avis, a toute son importance.

De la salle

Je fais partie de l'UFSBD des Bouches-du-Rhône. En matière de prévention, je pense qu'il est indispensable de démarrer très tôt, dès l'âge de deux ans. Pour garantir le succès des actions auprès des étudiants, il faut valoriser le rôle des parents en les rendant davantage acteurs de cette prévention. La période de la grossesse, pendant laquelle les parents s'avèrent plus réceptifs, est un moment privilégié. Je viens d'un département très touché par la précarité, notamment dans les ZEP. S'agissant des dispositifs d'accompagnement dont nous avons parlé, la question des moyens se pose. Dans le 3ème arrondissement de Marseille, il existe une action d'accompagnement des parents vers les cabinets dentaires. Il est néanmoins nécessaire d'inscrire cette démarche dans la durée : les parents concernés seront-ils capables, à l'avenir, de se rendre au cabinet dentaire de leur propre chef ? Il est donc nécessaire de les rendre acteurs, de les valoriser, de les écouter et de répondre à leurs questions.

De la salle

Il faut également comprendre que la société a évolué. A l'école, les enfants n'ont plus de contrainte. Nous sommes dans la génération de l'enfant-roi, qui devient étudiant puis parent et continue, à l'âge adulte, de vivre sans contrainte. Notre message de prévention ne doit donc pas être perçu comme tel. Mais, à l'inverse, l'Education Nationale devrait s'assurer de manière plus stricte de la réalisation des examens bucco-dentaires à l'entrée au CP et en 5ème .

Dr Emmanuel RICARD

Pour répondre à l'intervention sur les quartiers défavorisés, les « ateliers santé-ville » constituent un dispositif intéressant et recherchent souvent une collaboration avec les professionnels de santé. A Marseille, les coordinateurs de ces ateliers sont particulièrement motivés.

Mme Marie-Christine KETERS

Beaucoup d'intervenants ont insisté sur l'importance de la prévention au cours de la grossesse. Dans le cadre du dispositif « Médecin Traitant et Prévention », l'Assurance Maladie a mis en place une sé-

quence sur les facteurs de risque au cours de la grossesse. Il existe également un volet destiné aux assurés, notamment les plus jeunes et les plus précaires. Nous organisons ainsi des ateliers, dont le but est d'informer à la fois sur des questions administratives mais aussi sur un certain nombre de messages de santé publique. Nous comptons élargir la portée de ces messages à la prévention en faveur de la santé du très jeune enfant, que ce soit en termes de vaccination ou de santé bucco-dentaire. Ce programme est actuellement en développement et nous confirme que la période de la grossesse est une bonne accroche en matière de sensibilisation aux problèmes de santé.

Pr Denis BOURGEOIS

Avant de laisser le mot de la fin au Dr Hescot, je souhaiterais remercier les conférenciers. Les objectifs que nous nous étions fixés sont atteints. Nous avons pu opérer de nombreux transferts d'expériences et mettre à jour des pistes que nous pourrions développer dans le futur. Je souhaite enfin remercier l'ensemble des participants pour leur présence et les organisateurs, et notamment Jacques Wemaere.

Allocution de clôture du Dr Patrick HESCOT

Ce colloque, tout comme les autres, aura une suite.

Nous comptons nous nourrir de ce qui a été dit pour réaliser des expérimentations qui seront ensuite modélisées. Plutôt que d'inventer, nous pourrions d'abord améliorer les programmes existants. Chacun a tendance à penser que les actions qu'il réalise sont les meilleures.

Je souhaiterais, pour ma part, faire en sorte que chacun apprenne à mieux travailler avec les autres. Chacun doit également s'efforcer, dans sa vie quotidienne, d'être le meilleur reflet du bien-être que représente la santé dentaire. Notre comportement a valeur d'exemple, auquel les adolescents pourront se référer.

A mes yeux, l'exemplarité vaut tous les discours.