Colloque National de Santé Publique

Jeudi 26 septembre 2002
09h30 - 16h30
Assemblée Nationale



"La Santé des Adolescents, état des lieux et perspectives. Les enseignements à en tirer dans le domaine de la santé Bucco-Dentaire."

Sous le haut patronage du Professeur Jean-François MATTEI,
Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées

Votre dentiste *complice de votre sourire*

ufsbd
UNION FRANCAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

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

SOMMAIRE

EDITORIAL
Par le Docteur Patrick HESCOT,
Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Expert OMS
Page 3

09h30 - 10h00 :
LA PROBLÉMATIQUE DES ADOLESCENTS EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE
Introduction par le Dr Patrick HESCOT, Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Expert OMS et par M. Yves BUR, Député du Bas-Rhin, Secrétaire de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales, Chirurgien-Dentiste.
Page 7

10h00 - 10h45 :
LA SANTÉ DES ADOLESCENTS : CONCEPTS ACTUELS
Conférence Inaugurale par le Président de la Journée, le Pr Jean-Pierre DESCHAMPS, Docteur en médecine, Société Française de Santé Publique.
Page 17

10h45 - 11h45 :
BESOINS EN SANTÉ
Philippe LE FUR, Directeur de Recherche et Laurence AUVRAY, Chargée de Recherche, Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé :
« Etat de santé et besoins en soins ».
Page 21

Pr Denis BOURGEOIS (Université Lyon 1) :
« Surveillance sanitaire de la santé Bucco-Dentaire des adolescents et facteurs de risques associés ».
Page 22

Dr Evelyne BAILLON-JAVON, Chirurgien-Dentiste Conseil, Chef de Service de l'Echelon Local du Service Médical du Val d'Oise :
« Etat de santé Bucco-Dentaire et besoins des adolescents. L'exemple de la Région Ile-de-France ».
Page 24

11h45 - 12h30 :
DEMANDES EN SANTÉ
Patrice MEUNIER, Directeur d'Etudes à l'Institut Démoscopie :
« Enquête Démoscopie : Les adolescents et leurs dents ».
Page 34

Pr Pierre G.COSLIN, Directeur du Groupe d'Etudes et de Recherches en Psychologie de l'Adolescent, Université René Descartes - Paris V :
« Sociologie comportementale des adolescents ».
Page 43

14h00 - 15h30 :
STRATÉGIES
Dr Brigitte SANDRIN-BERTHON, Maître de Conférence à l'Université Catholique de Louvain, Médecin, Chargée de Mission à l'INPES :
« Education pour la santé : démarche et méthode ».
Page 47

Marie CHOQUET, Epidémiologiste, Directeur de recherche à l'INSERM :
« Quels leviers utiliser pour la prévention des adolescents ? ».
Page 51

Annie LLORCA, Présidente de l'Agence Planet Kids & Ados :
« Quelle démarche marketing pour les adolescents ? ».
Page 55

15h30 - 16h30 :
OFFRES ET PRISE EN CHARGE
Dr Patrick ALVIN, Pédiatre, Chef du Service de Médecine pour Adolescents au CHU Kremlin Bicêtre :
« La prise en charge de la santé des adolescents - les limites du système ».
Page 56

Audrey Manuguerra, Chargée des Relations auprès des Chirurgiens-Dentistes au sein de la Mission des Professionnels de Santé de la CNAMTS :
« Les mesures de Prévention Dentaire mises en œuvre par l'Assurance Maladie au profit des adolescents ».
Page 63

EDITORIAL

Il y a maintenant plus de 36 ans que l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Centre Collaborateur OMS, a été investie d'une mission de Santé Publique visant à l'amélioration de la Santé Bucco-Dentaire de nos concitoyens.

Ayant placé la Prévention au cœur de ses préoccupations, il était naturel qu'elle s'investisse prioritairement auprès des plus jeunes.

C'est ainsi qu'elle a progressivement acquis un indéniable savoir-faire au contact, tous les ans, de 2 500 000 d'enfants et ce grâce au travail de terrain accompli quotidiennement par ses 15 000 Chirurgiens-Dentistes, regroupés au travers de 100 Comités Départementaux et de 21 Délégations Régionales.

C'est la fierté et la singularité de l'UFSBD que d'avoir su rassembler autour d'un même idéal des praticiens, libéraux ou salariés, qui acceptent de quitter leur lieu d'exercice pour aller à la rencontre de tous ceux que nous voulons interpeller, sensibiliser, responsabiliser au titre de leur santé en général et bucco-dentaire en particulier.

C'est cette noble ambition qui nous a conduits, pour être plus efficace, à créer un Département de Santé Publique au sein de l'UFSBD.

C'est enfin pour mieux comprendre les adolescents, leurs motivations, leurs attentes que nous avons organisé, sous le haut patronage du Professeur Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, les 26 et 27 septembre 2002 à l'Assemblée Nationale, un Colloque de Santé Publique sur le thème : « La Santé des Adolescents, état des lieux et perspectives. Les enseignements à en tirer dans le domaine Bucco-Dentaire. ».

Les plus grands spécialistes français de cette période sensible de l'existence ont répondu favorablement à notre proposition de communication. Qu'ils trouvent ici l'expression de ma plus sincère gratitude pour leur amicale participation.

La lecture des actes de ce Colloque illustre la richesse de nos échanges et la qualité de nos travaux.

Puisse cette contribution servir à faire progresser notre connaissance de cette « cible » si particulière, afin de concourir à l'amélioration de sa santé bucco-dentaire.



Dr Patrick HESCOT
Président de l'UFSBD

LISTE DES INTERVENANTS

Docteur Patrick **HESCOT**,
Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Expert OMS

Monsieur Yves **BUR,**
Député du Bas-Rhin, Secrétaire de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales, Chirurgien-Dentiste

Professeur Jean-Pierre **DESCHAMPS**,
Docteur en médecine, Société Française de Santé Publique

Monsieur Philippe **LE FUR** / Madame Laurence **AUVRAY**,
Directeur de Recherche / Chargée de Recherche
Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé

Professeur Denis **BOURGEOIS**,
Université Lyon 1

Docteur Evelyne **BAILLON-JAVON**,
Chirurgien-Dentiste Conseil, Chef de Service de l'Echelon Local du Service Médical du Val d'Oise

Monsieur Patrice **MEUNIER**,
Directeur d'Etudes à l'Institut Démoscopie

Professeur Pierre **G.COSLIN**,
Directeur du Groupe d'Etudes et de Recherches en Psychologie de l'Adolescent, Université René Descartes - Paris V

Docteur Brigitte **SANDRIN-BERTHON,**
Maître de Conférence à l'Université Catholique de Louvain, Médecin, Chargée de Mission à l'INPES

Madame Marie **CHOQUET**,
Epidémiologiste, Directeur de recherche à l'INSERM

Madame Annie **LLORCA**,
Présidente de l'Agence Planet Kids & Ados

Docteur Patrick **ALVIN**,
Pédiatre, Chef du Service de Médecine pour Adolescents au CHU Kremlin Bicêtre

Madame Audrey **MANUGUERRA**,
Chargée des Relations auprès des Chirurgiens-Dentistes au sein de la Mission des Professionnels de Santé de la CNAMTS

09h30 - 10h00

LA PROBLÉMATIQUE DES ADOLESCENTS EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Introduction

DOCTEUR PATRICK HESCOT

Président de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Expert OMS

Monsieur le Président, Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,

Je suis particulièrement heureux de vous accueillir, ici, à l'Assemblée Nationale, à l'occasion de ce Colloque de Santé Publique, organisé par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire et intitulé : « La santé des adolescents, état des lieux et perspectives. Les enseignements à en tirer dans le domaine de la santé bucco-dentaire. »

Je tiens à remercier le Professeur Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées qui a bien voulu accepter de placer cette manifestation sous son haut patronage.

Mes remerciements vont également au Président de l'Assemblée Nationale, Monsieur Jean-Louis DEBRE et à mon confrère et ami, le Député Yves BUR sans lesquels nous n'aurions pu avoir accès au Palais Bourbon pour la tenue de nos travaux.

A cet égard, je m'en voudrais de ne pas souligner la présence parmi nous d'éminents spécialistes de l'Adolescence qui ont tous spontanément répondu favorablement à notre proposition de communication.

Je me bornerai à saluer le premier d'entre eux, le Professeur Jean-Pierre DESCHAMPS, qui assume la lourde charge de Président de cette journée et qui ne manquera pas de vous présenter les différents intervenants qui se succéderont à cette tribune.

Je souhaite enfin vous dire, à vous Mesdames, Messieurs, qui êtes des acteurs de Santé Publique à quel point votre présence en grand nombre dans cette salle est pour nous réconfortante et porteuse d'espoir.

Avant d'aborder la problématique des adolescents en santé bucco-dentaire, qu'il me soit permis de revenir sur la genèse de notre projet.

Il y a maintenant plus de 36 ans que l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, Centre Collaborateur OMS, a été investie d'une mission de Santé Publique visant à l'amélioration de la Santé Bucco-Dentaire de nos concitoyens.

Dans le prolongement de son Assemblée Générale, elle a décidé d'organiser le 31 janvier 2002, un Colloque National de Santé Publique, sur le thème : « Education à la Santé et Précarité : la Santé Dentaire en question ».

Elle répondait en cela à un besoin que tous et chacun ressentaient avec plus ou moins d'acuité.

Il s'agissait, alors, de réunir différents intervenants en Santé Publique, de confronter les expériences de ces acteurs de terrain et d'en tirer des enseignements pour optimiser l'impact de nos propres actions.

De fait, rassembler des professionnels de santé de divers horizons, chirurgiens-dentistes ou non, s'est révélé des plus enrichissant et a ouvert de nouvelles perspectives.

Nul n'aurait compris que nous en restions là.

C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'organiser aujourd'hui et demain, un autre Colloque consacré, cette fois, à la Santé des Adolescents.

Ces deux manifestations devaient se révéler fondatrices. Elles ont, en effet, directement inspiré la création d'un Département de Santé Publique au sein de l'UFSBD. C'est ce Département qui nous réunit aujourd'hui.

Celui-ci est ouvert à toutes les personnes physiques et morales qui, par leurs titres, leurs travaux ou leurs compétences particulières, sont à même d'apporter un concours efficace à la Santé Publique bucco-dentaire et à ses applications.

Il a vocation à rassembler les diverses sensibilités de la Santé Publique pour que s'alimente la réflexion, s'échangent les points de vue et se débattent les orientations à promouvoir sur tous les thèmes de la Santé Publique dentaire.

Il a pour but, notamment, d'encourager et de faciliter les recherches et les travaux relatifs à la Santé Publique, de faire périodiquement le point des connaissances acquises dans ces domaines et de contribuer à leur diffusion.

Le Département se donne en particulier pour objectif de rassembler l'ensemble des professionnels de Santé Publique afin :

- de réfléchir de manière pluridisciplinaire et scientifique aux problèmes de Santé Publique auxquels ils ont à faire face ;
- d'évoquer leurs pratiques à la lumière de l'expérience des autres professionnels ;
- de définir des objectifs et des modalités de mise en place de programmes d'éducation et de promotion de la santé dans le domaine dentaire et de procéder aux évaluations qui en découlent.

Cette structure est organisée en trois niveaux : des groupes de travail thématiques coordonnés par un Comité Technique Permanent, sous la Surveillance d'un Haut Conseil.

Ce dernier, composé d'une quarantaine de membres issus de différents collèges : profession dentaire, monde politique et administratif, acteurs de Santé Publique, usagers, représentants d'organismes de Santé Publique et personnes qualifiées, décide en toute indépendance des orientations, des études à mener au sein du Département de Santé Publique.

Il valide les travaux de ce dernier et fait des propositions et des recommandations qui pourront être reprises par l'UFSBD.

J'invite toutes celles et tous ceux qui désirent s'investir au service de la Santé Publique à rejoindre notre Département. Un dépliant de présentation vous a d'ailleurs été remis à cet effet.

A la séance magistrale d'aujourd'hui, répondra, demain, un travail dans quatre ateliers qui auront pour missions de s'inspirer des présentations qui seront faites ici pour proposer des améliorations possibles en faveur de la santé dentaire des adolescents.

Vous pourrez, bien entendu, retrouver dans les actes de ce colloque le contenu des réflexions émises et des suggestions formulées.

Nous avons voulu appréhender dans toute sa diversité et sa complexité la problématique de l'adolescence, afin de mieux répondre aux impératifs de Santé Publique de cette « période de la vie située entre la puberté et l'âge adulte » pour reprendre la définition du Larousse. C'est la raison pour laquelle, à de très rares exceptions près, nous avons convié des conférenciers qui ont toutes les qualités… surtout celle de ne pas être Chirurgien-Dentiste.

C'est cette ouverture d'esprit qui, à notre sens, doit alimenter le débat, enrichir notre expérience de terrain et nous rendre plus en phase avec les préoccupations des adolescents et, par voie de conséquence, plus efficaces demain à leur égard.

Autant l'avouer tout de suite, le fait de se pencher sur la problématique des adolescents en santé bucco-dentaire n'est pas totalement innocent.

Bien sûr, à l'UFSBD, on pourra toujours faire valoir notre indéniable savoir-faire qui, tous les ans, se matérialise par 2 500 000 d'enfants qui sont éduqués ou dépistés par nos 15 000 chirurgiens-dentistes, au sein même des établissements scolaires.

Bien entendu, nous pourrons vanter les mérites, réels d'ailleurs, de nos produits pédagogiques, réalisés avec ou sans nos partenaires, au profit de la cible pré-adolescente, expliquer que dans le cadre du FNPEIS, notamment, les élèves de 5ème disposent de modules de sensibilisation et d'éducation aux problèmes dentaires qui sont parfaitement intégrés au programme scolaire de la matière « Science de la Vie et de la Terre ».

Pour autant, nous savons tous que l'adolescence est une tranche d'âge de tous les dangers, avec laquelle il n'est pas aisé de communiquer, face à des individus en recherche d'eux-mêmes, parfois en rupture ou en crise par rapport aux institutions, voire au milieu familial.

Un prix Nobel de littérature, l'écrivain Romain ROLLAND, n'a pas hésité à publier que « Par son éducation, par tout ce qu'il voit et entend autour de lui, l'enfant absorbe une telle somme de sottises, mélangées à des vérités essentielles, que le premier devoir de l'adolescent qui veut être un homme sain est de tout dégorger. »

La difficulté que nous rencontrons, et qui n'est pas propre au domaine dentaire, est donc bien de prendre la mesure de cette psychologie spécifique de l'adolescence.

Nous devons intégrer le comportement clanique de cette tranche d'âge qui - dans la façon de s'exprimer, de s'habiller, de se nourrir, de se divertir - s'est créé un code identitaire exclusif et souvent imperméable.

A l'UFSBD, nous avons acquis la conviction que c'est en allant au contact de cette population, sur ses lieux de vie, que nous pourrons être plus efficaces.

Le problème spécifique de l'adolescent face à la santé dentaire a été abordé par le biais de différentes thématiques : sport, loisirs…

Depuis maintenant plus de 10 ans, nous nous penchons avec beaucoup de difficultés sur les

ressorts de la motivation des adolescents les incitant à une bonne santé bucco-dentaire et à une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste.

Force est de constater que cette tranche d'âge cumule beaucoup des conséquences néfastes liées à la consommation de tabac et à une alimentation déséquilibrée. Nous avons agi contre ces problèmes par une attitude positive et non répressive.

Ainsi, l'apparition des sucres de substitution à la demande de l'UFSBD a permis de transformer les confiseries et autres chewing-gums sucrés en produits de consommation toujours aussi agréables mais dénués de tout risque cariogène. Notre volonté a toujours été de donner envie d'être en bonne santé bucco-dentaire.

L'adolescence avec ses particularités ne répond pas toujours aux mêmes critères de bien-être et d'esthétisme que les autres tranches d'âges.

L'expérience peu concluante en terme de fréquentation des Cabinets dentaires, de l'EXP, l'examen de prévention, devenu BBD, Bilan Bucco-Dentaire, illustre la nécessité de sensibiliser et d'éduquer ces jeunes pour assurer le succès de ces excellentes mesures de Santé Publique.

J'espère d'ailleurs que nous en tirerons des enseignements pour que la visite dentaire gratuite et obligatoire au profit de tous les enfants de 6 et 12 ans rassemble, d'un département à l'autre, plus de 7 à 15 % des bénéficiaires, chiffres communiqués par la CNAMTS pour le BBD.

Nous touchons là au problème de fond de la motivation des adolescents. Nous le vivons dans nos cabinets dentaires où nous constatons un suivi convenable des enfants jusqu'à l'âge de 10, 11 ou 12 ans, c'est-à-dire la pré-adolescence. A ce stade, l'école ou le collège est encore un lieu favorable de communication.

Ensuite, cela devient beaucoup plus aléatoire. Cette période est aussi celle qui coïncide avec les traitements d'orthopédie dento-faciale souvent traumatisants ou difficiles à suivre. Pour certains, c'est au contraire la recherche d'esthétisme par un meilleur alignement des dents qui, avec l'apparition de la séduction chez les adolescents, vont les ramener vers leur chirurgien-dentiste.

On l'aura compris, c'est avec beaucoup d'humilité, que la profession dentaire, présente à ce colloque, manifeste son désir de mieux connaître les ressorts qui animent les adolescents.

Je ne souhaite qu'une chose, c'est que chacune et chacun d'entre nous trouve dans ce colloque matière à réflexion en vue d'innover dans nos méthodes d'approche, pour contribuer à l'amélioration de la Santé des adolescents en général, et Bucco-Dentaire en particulier.

Marcel PROUST dans « A la recherche du temps perdu ; A l'ombre des jeunes filles en fleurs » a écrit : « L'adolescence est le seul temps où l'on ait appris quelque chose ».

Je nous souhaite de redevenir aujourd'hui des adolescents, ne serait-ce que pour progresser dans la connaissance du sujet qui nous intéresse aujourd'hui.

Avant de donner la parole au Professeur DESCHAMPS qui va présider cette journée, je vais céder la parole à notre ami, Yves BUR, qui, malheureusement, de par ses nombreuses responsabilités, ne pourra pas assumer la conclusion de nos travaux mais a désiré venir, en introduction, nous présenter son point de vue.

MONSIEUR YVES BUR

Député du Bas-Rhin, Secrétaire de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales, Chirurgien-Dentiste

Merci Monsieur le Président. Mesdames et Messieurs les Professeurs, Chers Confrères, Mesdames et Messieurs,

Permettez-moi aussi de saluer la présence de mon collègue député et chirurgien-dentiste, Richard MAILLET. Nous sommes un certain nombre de chirurgiens-dentistes dans l'Assemblée, un peu plus nombreux que lors de la précédente législature, et je crois que nous allons œuvrer à vos côtés pour défendre les objectifs de Santé Publique, et de santé bucco-dentaire en particulier.

Je voudrais d'abord vous dire, mes chers amis, combien je suis heureux d'être ce matin parmi vous un petit moment et vous m'excuserez de ne pas pouvoir cet après-midi remplir mon engagement de conclure vos travaux. En tant que responsable rapporteur du budget de l'équilibre de la Sécurité Sociale, la période actuellement est assez chargée et vous comprendrez que le travail ne manque pas quand on sait la situation difficile dans laquelle se trouve notre Sécurité Sociale, et plus particulièrement notre système de santé.

Je suis particulièrement heureux aussi d'avoir pu concrétiser l'accueil de votre Colloque dans cette salle, à l'Assemblée Nationale. Je crois qu'il est important que l'Assemblée Nationale soit aussi le lieu où la profession dentaire manifeste son souci de participer à l'élaboration d'une bonne santé bucco-dentaire et ce Colloque est le second, après celui que j'avais organisé en octobre de l'année dernière dans cette salle également.

Il est vrai que le contexte a changé malheureusement ou heureusement pour le groupe parlementaire UMP que je représente, en ma qualité de Vice-Président, nous sommes devenus tellement nombreux (365 parlementaires) que nous sommes obligés de mobiliser la seule salle en capacité de nous accueillir dans l'enceinte de l'Assemblée Nationale, c'est-à-dire la salle Victor Hugo. Il est donc plus difficile de pouvoir bénéficier de cette salle. Vous faites ainsi partie de quelques rares qui peuvent en bénéficier, j'en suis très heureux pour vous.

Je suis heureux également d'être parmi vous parce que je reste encore pour quelques semaines un praticien actif, certes très partiellement, au sein de mon cabinet dentaire. Je partage donc parfaitement les problèmes, les difficultés que traverse notre profession. Je mesure aussi l'importance de la santé bucco-dentaire dans notre pays et les difficultés que nous avons tous, que nous connaissons tous, à concrétiser des avancées.

Je voulais vous dire que, pour moi, être parmi vous ce matin me rajeunit et Monsieur le Président vous disait que nous souhaiterions tous pouvoir redevenir des adolescents… Malheureusement, le temps passe… Mais j'ai été aussi, dès le début de ma carrière professionnelle, un fervent partisan des actions de

prévention dans mon département et, plus particulièrement, dans ma commune. Je reste convaincu que la mission de prévention était et reste encore inséparable de l'ensemble de notre exercice professionnel. Je crois que cela fait partie de notre mission au service de la Santé bucco-dentaire et que nous devons intégrer cette politique de prévention dans cette mission.

Grâce aux travaux de l'UFSBD, grâce aussi à l'engagement de toute l'équipe qui, derrière Patrick HESCOT, mène depuis longtemps ce combat, la prévention bucco-dentaire est devenue l'exemple même d'une démarche cohérente qui associe les différents acteurs impliqués dans une politique de santé. Grâce à votre conviction, car je crois qu'il faut beaucoup de conviction pour faire bouger les choses et grâce à votre persévérance, la prévention bucco-dentaire a conquis ses lettres de noblesse. Elle est reconnue comme étant exemplaire dans une démarche préventive qui, en France, reste toujours balbutiante. Les campagnes de prévention et de dépistage ont montré leur intérêt pour faire baisser l'incidence de la maladie carieuse et contribuer à la santé bucco-dentaire. Les moyens mobilisés par la Sécurité Sociale, mobilisés aussi par les collectivités locales (il faut le souligner – j'ai été moi-même conseiller général et je voyais l'intérêt que nous avions à participer aux actions de santé bucco-dentaire menées dans le département du Bas-Rhin) ont permis naturellement des avancées et je crois que ce sont des moyens qui ont eu un excellent retour sur investissement. C'est d'ailleurs bien ce qui caractérise les actions de prévention dans le domaine bucco-dentaire, parce que, plus qu'ailleurs, on mesure très rapidement quel est l'intérêt financier y compris pour la protection sociale d'investir dans la prévention. Je pense que c'est un exemple tout à fait parlant qui permettra de faire bouger les pouvoirs publics qui sont encore dans ce domaine bien trop frileux.

Cependant, je crois que nous pouvons être modérément optimistes, notamment après les déclarations de Jean-François MATTEI qui a affirmé sa volonté forte d'engager une véritable politique de Santé Publique. Il l'a affirmé il y a deux jours devant la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale où il a dévoilé les grandes lignes de son action politique dans le domaine de la santé, un domaine où nous voyons bien les difficultés que nous trouvons au sein de toutes les professions de santé, difficultés aussi que nous rencontrons quant au financement de cette santé qui nous tient tellement à cœur. Jean-François MATTEI a clairement annoncé qu'il comptait, au printemps prochain, organiser à l'Assemblée Nationale un véritable débat d'orientations quinquennales sur la politique de Santé Publique et je crois que c'est une première qui est indispensable. En effet, on ne peut pas dire simplement qu'on tourne le dos à la maîtrise comptable si, par ailleurs, on ne donne pas à la maîtrise médicalisée tout son sens. Et le sens d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé, c'est bien de les inscrire dans une politique de Santé Publique qui a encore beaucoup de progrès à faire dans notre pays. Cette loi de programmation devra définir pour les prochaines années des objectifs prioritaires et le faire avec des indicateurs précis qui nous permettront de mesurer les progrès, alors qu'aujourd'hui, effectivement toutes les actions de Santé Publique sont faites de manière trop administratives encore. Nous en voulons comme exemple les politiques menées au niveau des programmes « cancer » dont la Cour des Comptes a souligné l'année dernière encore l'insuffisance, ce qui a d'ailleurs amené le Président de la République à placer la lutte contre le cancer comme une priorité nationale.

Jean-François MATTEI, et je crois que nous sommes tous d'accord avec lui, veut faire de la prévention un impératif et développer dans notre pays, ce qui n'est pas encore le cas (mais ce qui est le cas ici à l'UFSBD et au sein de notre profession), une véritable culture de la prévention pour préserver notre patrimoine santé. Je crois que c'est bien dans le cadre de ce débat que toute l'action menée ici au sein de l'UFSBD, au niveau de la profession dentaire, pourra être valorisée et je me ferai aussi le porteur, avec mon collègue Maillet, de cette volonté de s'inscrire dans les objectifs de Santé Publique. Aujourd'hui, votre Colloque se préoccupe naturellement d'un public très ciblé. C'est aussi l'intérêt d'une politique de Santé Publique de ne pas rester trop dans la généralité, sans négliger le public enfant qui a été notre cible première. Nous voyons bien qu'aujourd'hui, au-delà de l'enfance, c'est bien au moment de l'adolescence que se nouent les bonnes et les mauvaises habitudes, que le gain que nous avons pu apporter à travers une bonne prévention au niveau scolaire peut se diluer et qu'il faut le renforcer. Il faudra pour cela mobiliser naturellement l'ensemble des acteurs, et notamment l'Education Nationale qui est peut-être, dans les collèges et dans les lycées, moins sensibilisée à ces questions. Nous avons naturellement aussi une mission de nous occuper

des personnes qui sont touchées par la précarité, par la difficulté sociale, qui sont aussi, elles (peut-être moins maintenant pécuniairement du fait de l'instauration de la CMU, mais davantage culturellement), éloignées des préoccupations de santé bucco-dentaire.

Voilà quelques sentiers qui s'ouvrent à vous et je ne doute pas que les travaux que vous allez entamer aujourd'hui seront poursuivis au sein de cette Haute Autorité que vous allez concrétiser au sein de l'UFSBD. J'essaierai d'y apporter, avec mes collègues ici à l'Assemblée Nationale, toutes nos possibilités d'influence et d'intervention. Sachez que vous trouverez en nous des interprètes fidèles, convaincus de l'intérêt d'une bonne prévention et d'une bonne santé bucco-dentaire auprès du Gouvernement et du Ministre de la Santé, Jean-François MATTEI.

Bons travaux et bon courage pour la suite de votre engagement.

10h00 - 10h45

LA SANTÉ DES ADOLESCENTS, CONCEPTS ACTUELS

Conférence inaugurale

PROFESSEUR JEAN-PIERRE DESCHAMPS

Président de la Journée, Docteur en Médecine, Société Française de Santé Publique

L'adolescence n'est plus une nouveauté : les psychologues et les sociologues en parlent depuis plus d'un siècle ; il y a tout juste 100 ans qu'Erikson a forgé le concept - aujourd'hui quasi-abandonné - de "crise de l'adolescence". La préoccupation pour la santé des adolescents remonte elle-même à plusieurs décennies. De multiples études ont été publiées sur l'état de santé des adolescents, sur la façon de concevoir pour eux des soins préventifs et curatifs adaptés.

Tout a été dit, en des milliers de livres et de publications scientifiques.

Et pourtant, parler de la santé des adolescents reste d'actualité, à la fois parce que les problèmes qu'elle pose sont loin d'être résolus (il y a loin du discours aux politiques et aux pratiques) et parce qu'elle constitue un modèle éloquent d'une problématique plus générale de santé publique (ainsi l'UFSBD choisit-elle "la santé des adolescents, état des lieux et perspectives" comme thème de la manifestation inaugurale de son Département de santé publique…).

D'actualité, encore, car l'adolescence est de toutes les époques et de toutes les cultures. Elle n'est pas, comme on a pu le dire, un produit artificiel des sociétés industrielles. La "jeunesse", elle, représente bien un statut social fortement ancré dans le contexte du lieu et du moment.

Longtemps, on a considéré l'adolescence comme une transition entre l'enfance et l'âge adulte, façon de ne la considérer qu'à l'éclairage de ce qui la précède et la suit. S'il faut un argument pour remettre en cause cette idée facile, les adolescents eux-mêmes en apportent un parmi beaucoup d'autres ; ils considèrent l'adolescence (eux parlent plutôt, d'ailleurs, de jeunesse) comme une période à part entière de leur vie, et non comme un moment d'attente entre la fin de leur enfance et l'entrée dans une hypothétique et peu attractive vie d'adulte.

Et peut-être la plus grande actualité de l'adolescence - et en particulier de la problématique de santé des adolescents - est-elle justement la prise de conscience par les adultes, parents et/ou professionnels, du fait que les adolescents ont quelque chose à dire, des propositions à faire, des responsabilités à exercer sur eux-mêmes et sur le groupe, pour peu qu'on leur donne la parole (et qu'on les écoute), et qu'on accepte d'accueillir, dans la pratique des institutions, le potentiel de création et d'innovation dont ils sont porteurs.

10h45 - 11h45

BESOINS EN SANTÉ

ETAT DE SANTÉ ET BESOINS EN SOINS

MONSIEUR PHILIPPE LE FUR / MADAME LAURENCE AUVRAY

Directeur de Recherche — *Chargée de Recherche*

Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé

Deux sources de données portant sur l'année 1998 ont été utilisées pour tenter de mieux cerner l'état de santé et le recours aux soins des adolescents. D'une part, l'enquête sur la santé et la protection sociale effectuée tous les deux ans par le CREDES auprès des ménages vivant en France métropolitaine, d'autre part, l'enquête permanente sur la prescription médicale effectuée de manière continue auprès des médecins libéraux par IMS-Health.

Les adolescents âgés de 11 à 20 ans déclarent en moyenne 1,6 troubles de santé (0,8 sans compter les problèmes dentaires et les troubles de la vue). Ce nombre d'affections est plus important pour les filles que pour les garçons ; il augmente avec l'âge, notamment chez les filles.

Les troubles de santé déclarés par les adolescents sont en très grande majorité sans caractère de gravité, ce qui explique que 82 % des garçons et 73 % des filles s'estiment en excellente ou très bonne santé. Ainsi, après les troubles dentaires et de la vue, l'affection dont ils se plaignent le plus est l'acné. Malgré ce bon état de santé global, la fréquence de certaines affections est préoccupante ; par exemple, 10 % des adolescents présentent un surpoids ou une obésité et 7 % déclarent souffrir d'asthme.

Les adolescents consultent relativement peu les médecins, mais lorsqu'ils le font, sept fois sur dix il s'agit d'un généraliste. Les affections ORL sont les motifs de recours les plus fréquents, un quart des séances, suivies par les « motifs administratifs ou sociaux, la prévention et la contraception » à l'origine d'une séance sur cinq. Les médicaments les plus prescrits aux adolescents sont les antibiotiques, les antalgiques-antipyrétiques et les antitussifs.

Le milieu social dans lequel vivent les adolescents tend à influer à la fois sur les troubles de santé qu'ils déclarent et sur leurs recours aux soins. Sur ces deux plans, leur comportement se rapproche de celui de leurs parents.

On relève ainsi que le surpoids ou l'obésité, tout comme les problèmes dentaires, sont plus fréquents dans les milieux d'ouvriers que de cadres. Inversement, les troubles de la vue et les affections dermatologiques sont plus souvent déclarés dans les milieux de cadres que d'ouvriers. Parallèlement, les adolescents vivant dans les ménages les moins favorisés consultent moins, en particulier les spécialistes et les dentistes.

Afin d'éviter que ne se perpétuent à l'âge adulte ces différences sociales, il importe de maximiser le bénéfice de chaque contact d'un adolescent avec un professionnel de santé, quel qu'en soit le motif, notamment pour les moins favorisés. Simultanément, il faut chercher à s'appuyer sur les personnels des structures éducatives, enseignants évidemment, mais aussi médecins ou infirmières scolaires qui ont un rôle fondamental de prévention et d'orientation dans le système de soins.

SURVEILLANCE SANITAIRE ET FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS

DOCTEUR DENIS BOURGEOIS,

Professeur des Universités, Département de Santé Publique
Laboratoire d'Analyse des Systèmes de Santé

Monsieur le Président, Cher(e)s Collègues. Oui, les travaux de ces dix dernières années le montrent, il y a matière à promouvoir une surveillance globale de la santé bucco-dentaire, la surveillance devant être prise au sens de la collecte de l'information, de l'enregistrement des tendances, de l'évaluation de l'efficacité des services et de la régulation des services de santé concernés. Je pense principalement au caractère particulier de l'évolution naturelle de la carie, principale cause de la morbidité bucco-dentaire, de sa prise en charge et ce, par rapport à l'ensemble des pathologies. Il y a incontestablement une spécificité dentaire. En autres termes, on ne peut se permettre de faire l'impasse sur l'épidémiologie dentaire parce qu'aucune des autres maladies, transmissibles et/ou non transmissibles, ne présente des caractéristiques analogues et suffisantes pour permettre des estimations et extrapolations de qualité.

■ La spécificité de la carie ? Elle repose notamment sur le fait que :

- La santé bucco-dentaire est étroitement liée à l'âge et il y a classiquement une augmentation de la sévérité et de la prévalence avec une augmentation de l'âge.
- Les caries existent dans toutes les populations variant seulement en terme de sévérité et de prévalence.
- Les caries sont irréversibles. Les informations sur la situation actuelle produisent des informations non seulement sur le total de la maladie présente mais également sur les expériences antérieures.

De même, à l'intérieur d'un programme de surveillance de santé bucco-dentaire, il y a matière à développer une surveillance spécifique des adolescents. Mais, ce n'est pas pour autant que les jeunes doivent être la priorité absolue, par rapport aux autres catégories d'âge que sont l'enfance, les adultes, les seniors, si les ressources sont limitées (ce qui est le cas), si les considérations méthodologiques sont complexes (ce qui n'est pas forcément le cas) et si, enfin, les informations à recueillir ne présentent pas un intérêt remarquable (ce qui est discutable).

■ La relation « carie ; épidémiologie ; adolescence » repose notamment sur le fait que :

- Ce n'est pas une maladie particulière aux jeunes, toutes les catégories d'âge sont concernées à des degrés de sévérité et de prévalence variés.
- Ces maladies se manifestent principalement chez les jeunes par l'atteinte des deuxième molaires - mais ont débuté pendant l'enfance par l'atteinte des premières molaires.

- La santé bucco-dentaire ? Une situation globalement favorable pour la génération post-fluorure. Les données disponibles sont significatives : 60 % des jeunes de 12 ans ; début de la période « adolescence » sont indemnes de caries, 7 % ont des scores supérieurs à 8 dents cariées, absentes ou obturées. Les caries de sillons constituent 80 % des caries, alors que les sillons représentent 12.5 % de la surface totale de l'émail. A cet âge de 12 ans, on estime sur la période 1987 et 1993 à 1,6 million le gain de caries en France.

- Mais, malgré les grands progrès obtenus dans l'amélioration de la santé dentaire dans les pays industrialisés dans les 20 dernières années, des problèmes non résolus et latents demeurent encore. D'abord, les indicateurs dentaires synthétiques utilisés - le CAO principalement - masquent la réalité du terrain. L'estimation de l'incidence de caries en Europe ; nombre de nouvelles caries par an - des enfants de 5 à 14 ans est de 27 159 660. Ce qui donne une tout autre vision que le CAO moyen de 2.0 à 12 ans. Ensuite, il y a une augmentation des coûts associée au déclin de la qualité des soins dans certains pays d'Europe.

- Et surtout, des minorités et des groupes défavorisés dans de nombreux pays ont un haut niveau de pathologies non traitées ce qui, par ailleurs, est un plaidoyer vers une politique de réduction des inégalités devant la santé. Cela ne concerne pas d'ailleurs uniquement la santé dentaire, ou la santé tout court.

De nombreux travaux ont montré qu'une bonne connaissance du risque carieux des enfants permettait une estimation de qualité de la prévalence ; nombre de cas présents à un instant donné - des adolescents. Ainsi, schématiquement, des enfants à faible risque carieux ; ce qui est le cas de la grande majorité de la population française - deviendront des jeunes, des adolescents puis des adultes à faible risque carieux.

- Cette maladie, du fait de son caractère irréversible, frappe davantage les jeunes que les enfants, mais moins que les adultes plus âgés. Il y a un effet cumulatif de la présence de carie au cours de l'âge ce qui rend par ailleurs complexe l'évaluation de l'incidence ; nombre de nouveaux cas sur une période donnée.

- Les maladies bucco-dentaires, encore faut-il s'entendre sur le terme de maladie, occupent une place importante, sans doute disproportionnée chez les jeunes au même titre que les manifestations dermatologiques.

■ Peut-on dire que l'adolescence dans le domaine de la santé bucco-dentaire est une évolution ou une révolution en regard de l'enfance ?

L'adolescence « dentaire » n'est pas une simple prolongation de l'enfance. On ne peut pas seulement considérer l'adolescence comme une période où les caries viennent « s'additionner » aux caries de la période précédente. A mi-chemin entre évolution et révolution, la santé bucco-dentaire des adolescents est remarquable sur au moins deux événements. C'est une période où les comportements nocifs observés chez les jeunes (tabac, modes de vie, alimentation) deviennent prépondérants, voire stratégiques et dont les conséquences sur la santé bucco-dentaire se manifesteront plus tard au cours de la vie adulte. C'est une période où les anomalies esthétiques et fonctionnelles, leurs prises en charge sont une spécificité de l'adolescence. Et ce, dans un contexte de surveillance sanitaire particulier puisqu'aucune étude nationale représentative n'est disponible sur la situation actuelle, sur les besoins en soins orthodontiques. D'un côté, tout le monde semble s'accorder pour signifier que l'orthodontie est une discipline prioritaire du domaine de l'adolescence. D'un autre côté, les données nécessaires à la « justification », la régulation, la planification de l'orthodontie en terme de santé publique, sont rares et/ou de faibles qualités. Il y a en ce domaine une inéquation flagrante qu'il serait sans doute utile et nécessaire de résoudre. En terme d'impact, ce que nous appelons la charge sur la qualité de vie, le temps passé par les jeunes, les coûts engendrés, etc… les soins orthodontiques des adolescents représentent un poids considérable. Quelle discipline nécessite pour un

adolescent un temps d'acceptation de son traitement aussi long, sans compter avec tous les effets indirects engendrés tels que le retentissement social, les inconvénients esthétiques, fonctionnels, etc… ? : aucune.

L'orthodontie est la discipline médicale de l'adolescence. Et elle l'est d'autant plus qu'elle représente un investissement pour l'avenir dans la mesure où l'objectif est d'amener le jeune adulte en position de confort esthétique, fonctionnel garant de sa bonne santé dentaire et parodontale de sa future vie d'adulte.

La surveillance bucco-dentaire des adolescents produit une information de portée et de qualité médiocres. L'épidémiologie de la carie de l'adolescent et du jeune adulte en Europe de l'Ouest se caractérise par une qualité de l'information en santé dentaire qui est affectée par l'insuffisance de données disponibles pour la planification, la gestion des services et l'évaluation des programmes ainsi que par la qualité inadéquate des données produites. La profusion d'indicateurs internationaux inadaptés ont compliqué la sélection d'indicateurs nationaux et ont pu conduire à des efforts de surveillance onéreux et non nécessaires. Un nouveau type d'indicateurs devrait faciliter la promotion à venir de la santé bucco-dentaire et de la surveillance des maladies non transmissibles. La question sous jacente est de savoir si la définition normative de la santé, donc de la maladie des adolescents, correspond à une réelle entité ressentie, exprimée. Tout est centré sur la carie, mais est-ce bien leur problème ou la problématique ? Appliquée à la santé bucco-dentaire, la surveillance des adolescents pourrait s'articuler pour l'action future autour de thématiques telles que :

- Quelle est aujourd'hui la situation réelle en ce qui concerne le développement, l'état de santé et le comportement dentaire des jeunes ?
- Quels sont dans la société les groupes envers lesquels il faut prioritairement agir ?
- Quels sont les principaux secteurs où il faut développer la connaissance et quel est leur ordre de priorité ?

Il ne faudrait pas cependant oublier que nous sommes face à des problèmes interdépendants aux racines communes. « L'inégalité d'accès aux diplômes, à la santé, à l'emploi et même au sport augmente. La République n'a pas pris conscience de la réalité des cités. Ce qui a été fait depuis vingt ans pour les jeunes est très en deçà des enjeux » a écrit en septembre de cette année le Ministre de la ville, JL. Borloo. Constat pessimiste, mais réaliste. L'objectif avancé de résolution des inégalités de santé des adolescents, et donc de la santé dentaire, nécessite une (des) approche(s) inter-disciplinaire(s) pour la détection et l'amélioration des facteurs de risque associés et donc, à ce titre, nécessite de promouvoir et de favoriser le développement de programmes généraux de surveillance, quitte à perdre un peu de notre spécificité. Le dentaire ne peut à lui seul représenter une priorité nationale dans le domaine de l'adolescence, partant du postulat que l'adolescence puisse être la priorité, ce qui reste parfaitement discutable. Des partenariats doivent donc être avancés pour augmenter nos chances de progresser, de nous faire entendre et d'aboutir. Ce qui pose le problème sous jacent de « Qui fait quoi, Qui organise, Qui coordonne, Qui régule et à quel niveau de décentralisation ? ». En d'autres termes, les carences observées dans le domaine de la surveillance sanitaire de la santé bucco-dentaire des adolescents (mais est ce le seul domaine de la surveillance où il y a carence ?) nécessitent une volonté politique d'instaurer un système de surveillance global, interdisciplinaire et techniquement décentralisé. Nous assistons depuis quelque temps à une prolifération d'agences et/ou organismes gouvernementaux, associatifs, prolifération qui donne le sentiment que les responsabilités, les centres de décision sont dilués. Concrètement, qui, par exemple, de l'Union Européenne, de la Direction Générale de la Santé, de l'Institut de veille sanitaire, de la CNAM, de l'INPES ou de tant d'autres structures existantes doit diriger, coordonner la surveillance sanitaire. André Malraux, lors de l'inauguration de la Fondation de France, a dit : « Je salue l'intention, mais je redoute les dérives. On va créer des organisations parallèles et je crains une politique parallèle. Il ne peut y avoir qu'une politique culturelle, même pour l'achat de tableaux ». Sans doute pourrions-nous appliquer à la santé, à la santé bucco-dentaire et à sa surveillance, cette appréciation.

Je vous remercie de votre attention.

ETAT DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ET BESOINS DES ADOLESCENTS

DOCTEUR EVELYNE BAILLON-JAVON

Chirurgien-Dentiste Conseil, Chef de Service de l'Echelon Local du Service Médical du Val d'Oise

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie a mené en 2000-2001 une étude complète sur "La santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans". En effet, le plan stratégique de l'Assurance maladie prévoit de redéployer les dépenses dentaires vers cette population, et les moins de 20 ans représentent plus du quart de la population francilienne (26.3 %).

Pour cette analyse de l'existant, 4 tranches d'âge ont été déterminées en fonction de la physiologie bucco-dentaire et du mode de vie des jeunes :

- 0-5 ans : denture lactéale, maison, crèche ou maternelle
- 6-12 ans : denture mixte (évolution), école primaire
- 13-16 ans : denture permanente, collège, adolescence
- 17-19 ans : tranche hétérogène (étudiants, apprentis, salariés, chômeurs…)

L'état des lieux a été réalisé selon une approche pluri-dimensionnelle comprenant 4 axes :

- ➜ Analyse affinée de la consommation
- ➜ Evaluation des besoins en soins
  - Analyse clinique
  - Recherche des motifs de non recours aux soins
- ➜ Etat des lieux des actions de prévention
- ➜ Evaluation des pratiques professionnelles
  - Soins et prothèses dentaires
  - Orthopédie dento-faciale

1) Analyse affinée de la consommation

L'analyse de la consommation a été menée sur une année complète (1999) de remboursements des 2 régimes (régime général et professions indépendantes - soit plus de 95 % des assurés sociaux sur la région Ile de France). Le premier constat est que **seulement 32.5 % des jeunes des 13 à 16 ans ont consulté** au moins une fois un praticien de l'art dentaire. C'est cependant la tranche d'âge qui consulte le plus (4 % pour les 0-5 ans ; 26.8 % pour les 6-12 ans ; 18.1 % pour les 17-19 ans).

L'essentiel de la consommation concerne l'ODF (62 % des dépenses en euros) et la chirurgie (17 %). Les consultations ne génèrent que 3 % des dépenses. D'ailleurs, seulement 29 % de ces jeunes ont une consultation annuelle. Mais quelle est la part des consultations de prévention ?

La courbe des prix moyens annuels payés par consommant pour les actes [C + Sc + Z] montre un infléchissement de 10 à 12 ans (pouvant s'expliquer par la chute des dents lactéales et l'apparition des dents permanentes toutes neuves), mais **l'augmentation régulière de la consommation de 13 à 16 ans** (de 42.6 € à 55.5 €) signe une **consommation curative** !

Cela est confirmé par le **coefficient moyen annuel qui passe de Sc 30 à 34** (augmentation conséquente si l'on tient compte de plus des cotations plus élevées des soins sur les moins de 13 ans). Mais les différences entre les départements de l'Ile de France sont notables et sans doute dues à des facteurs multiples. En voyant la différence marquée (Sc 10) entre les Hauts de Seine (où se côtoient Neuilly et Nanterre) et la Seine St Denis avec le plus fort taux de RMIstes, on peut évoquer la **précarité** bien sûr, mais aussi l'influence du « **culturel** » avec l'importance plus ou moins importante, voire nulle accordée à l'hygiène bucco-dentaire, ces 2 facteurs influençant à la fois le mode de vie et d'alimentation et le recours aux soins.

Pour les actes chirurgicaux, on observe aussi une liaison évidente avec l'âge mais pour des raisons différentes (germectomies à motif orthodontique et extractions de dents de sagesse). Cependant, les chiffres confirment l'expérience du service médical : il y a une **demande de plus en plus forte des adolescents pour que les interventions soient pratiquées sous A.G.** Le % d'interventions en établissement est en constante augmentation et se situe actuellement à 30 % des actes pour les 13 - 16 ans, 40 % pour les 17 - 19 ans.

L'analyse des données financières montre un reste à charge important : Ticket modérateur = 5 % des dépenses, Dépassements d'honoraires = 52 %. Pour cette tranche d'âge, il est évident que ce sont essentiellement les honoraires ODF qui génèrent les dépassements, mais aussi les honoraires des Stomatologistes en secteur 2 pour la chirurgie.

2) Evaluation des besoins en soins

Pour appréhender les besoins de soins des adolescents, nous avons exploité les données de l'évaluation médicale du BBD.

L'échantillon a été constitué de 18 270 adolescents de 15 ans, qui ont bénéficié de 36 562 actes de soins consécutifs. Il y a eu proportionnellement moins de soins en Ile de France qu'en France entière. Ces chiffres concernent ceux qui **ont consulté**, et pour lesquels l'imprimé BBD a été **envoyé** à l'assurance maladie. Ils ne peuvent donc être extrapolés à l'ensemble de cette tranche d'âge, mais ils apportent tout de même des éléments très intéressants.

Les échantillons d'une région à l'autre ne sont pas comparables : selon la qualité de la campagne de communication qui a été menée, les jeunes ayant de réels besoins ont plus ou moins répondu à l'appel. D'autre part, selon les régions, les professionnels ont plus ou moins participé au dispositif. Enfin, le "A" du CAO n'est pas conforme à la définition épidémiologique puisqu'il intègre toutes les dents absentes (hors DDS) quel que soit le motif de l'absence (orthodontique ou agénésie par exemple).

On note que **48 % ont au moins une dent obturée** et plus d'**un jeune sur 10 a déjà 5 dents obturées !**

L'indice C se situe à 1.94, soit pratiquement 2 dents cariées, avec une grande variabilité régionale (1.43 à Orléans, 1.78 en Ile de France, 2.52 à Rennes).

Le % de jeunes de 15 ans **totalement indemnes est de 22 %** - moyenne nationale (29 % en Ile de France) et 9 % ont un indice CAO supérieur ou égal à 10.

L'influence positive d'un suivi par le chirurgien-dentiste est prouvée par la différence d'une dent cariée entre les jeunes qui avaient eu une consultation depuis moins d'un an (C = 1.3) et ceux qui n'en ont pas eu (C = 2.3).

Parmi les jeunes ayant au moins une dent cariée, 63 % ont fait réaliser des soins consécutifs, mais à l'inverse plus d' **1/3 des jeunes n'a pas donné suite au BBD !...**
Le nombre moyen de dents traitées est de 3 et **1 jeune sur 5 a eu besoin de traiter au moins 5 dents.**

En conclusion, il apparaît que le BBD a touché une majorité d'adolescents au suivi insuffisant (presque 2 sur 3 n'avaient pas eu de consultation depuis plus d'un an et leur C moyen de 1.9 est bien plus fort que celui des jeunes de 12 ans (0.8 selon enquête UFSBD 1998).

3) Etat des lieux des actions de prévention et évaluation des pratiques professionnelles

Deux études d'évaluation des pratiques ont été réalisées : l'une sur les soins, l'autre sur l'ODF.

- Les critères d'évaluation de la qualité des soins conservateurs et l'analyse des résultats ont été établis en étroite collaboration avec les Dr IFI-NAULIN (Paris 7) et JP FORTIER (Paris 5), à partir de 1 727 examens cliniques et radiographiques.

Il apparaît que la qualité est **corrélée à l'âge de l'enfant :** elle s'améliore quand il grandit. Cela s'explique par les difficultés spécifiques des soins aux jeunes enfants (pathologies, stades de développement des dents, contexte émotif, etc...).
Peut-être ce « passé dentaire » dans le jeune âge (soins non conformes ou expérience mal vécue) est-il à l'origine d'un **manque de motivation à l'adolescence ?**

En effet, le taux de pathologies non traitées, chez ces jeunes ayant pourtant consulté au moins une fois un praticien, est interpellant (un jeune sur 10 concerné, les pathologies intéressant dans 1/3 des cas des caries sur dents permanentes).

- Concernant l'orthopédie dento-faciale, l'étude est une photographie des pratiques, basée sur l'examen de 3 954 jeunes, sans aucune appréciation sur les traitements conduits.

Si les parents s'adressent en grande majorité aux spécialistes (70 %), l'âge de première consultation est déterminé par la **gravité de la dysmorphose : le % de gravité "importante"** (selon la grille norvégienne d'évaluation de la gravité) diminue avec l'âge : 34 % à 6 ans, 33 % à 9 ans, 26 % à 12 ans, mais encore **24 % à 15 ans,** et 14 % à 18 ans.

L'étude a aussi montré que si le report de l'âge limite de prise en charge de 12 à 16 ans a une réelle utilité sociale pour ceux qui n'ont pu être pris en charge plus tôt (le plus souvent, des problèmes familiaux - divorce ou chômage - sont à l'origine de la non consultation plus tôt), il reste **préférable techniquement de commencer les traitements avant 12 ans,** car les résultats sont alors plus performants.

En conclusion de cette étude, on peut retenir 3 points principaux, concernant les adolescents :
- Leur consommation est essentiellement **curative**
- Il persiste **des besoins en soins non couverts**
- Le motif principal de non recours au soin se révèle être un **manque de motivation**

L'étude complète dont cette communication est extraite est disponible sur le site internet de l'URCAMIF : www.urcamif.assurance-maladie.fr. Elle constitue une base de données importante, avec des indicateurs dont l'évolution pourra être mesurée après la mise en œuvre d'actions de prévention.

11h45 - 12h30

DEMANDES EN SANTÉ

ENQUÊTE DÉMOSCOPIE : LES ADOLESCENTS ET LEURS DENTS

MONSIEUR PATRICE MEUNIER

Directeur d'Etudes à l'Institut Démoscopie

Je vais vous présenter les principaux enseignements que nous avons pu tirer de cette enquête réalisée avec l'URCAM Ile de France au mois de septembre 2001 et dont le titre exact était : **« motif de non-recours aux soins dentaires chez les jeunes franciliens de moins de 20 ans ».**

Les principaux enseignements :

Dans un premier temps, je vais vous décrire quelle a été la méthodologie utilisée pour réaliser cette étude. La cible était les franciliens de 2 à 19 ans. Nous avons interrogé 1 200 personnes par tirage aléatoire de numéros de téléphone dans chaque département de l'Ile de France et déclinaison. Une sélection aléatoire de l'enfant dont on parle par la méthode anniversaire (c'est-à-dire qu'était sélectionné, dans le foyer, l'enfant dont la date d'anniversaire était la prochaine à venir) fut également opérée. 300 interviews par tranche d'âge (2-5 ans, 6-12 ans, 13-16 ans, 17-19 ans) eurent lieu :

Toute une tranche d'âge, dont celle qui nous intéresse aujourd'hui sur l'adolescence, a par conséquent été « sondée ».

La méthode des interviews téléphoniques, en soirée et le samedi pour donner toutes les chances à tous les foyers d'être atteints, fut choisie. Nous interrogions en priorité le parent qui s'occupe des soins médicaux de l'enfant sélectionné (dans une grande majorité de cas la mère), puis l'enfant concerné quand il avait plus de 12 ans. Un questionnaire pour les parents, un autre pour l'enfant fut élaboré.

L'enquête eut lieu du 6 septembre au 15 octobre 2001. 2 critères sont apparus comme fortement différenciateurs :

- l'âge de l'enfant,
- la classe sociale : celle-ci fut déterminée selon 4 catégories (A, B, C et D). Les critères pris en compte furent la CSP du chef de ménage et les revenus nets mensuels du foyer : la classe sociale A correspond ainsi aux CSP + et revenus +, la classe sociale D aux CSP – et aux revenus -.

Hygiène dentaire et première visite chez le dentiste :

Un des enseignements de cette enquête a été l'analyse de l'hygiène dentaire et la première visite chez le dentiste. Globalement, nous avons constaté une bonne hygiène dentaire chez les 2 à 19 ans. Il y a une bonne connaissance en général de l'âge auquel il est nécessaire de se laver les dents ou d'aller chez le

dentiste. Cependant, 21 % des 2-19 ans n'ont jamais vu de dentiste, ce qui veut dire qu'1 enfant sur 5 de cette grande tranche d'âge n'a jamais vu de chirurgien-dentiste ou de dentiste. Ce sont essentiellement les plus petits avec 2 paliers : 5 ans et 8 ans. Avant 5 ans, 7 à 37 % ont vu un dentiste. Entre 5 et 7 ans, c'est ici que le chiffre augmente énormément (c'est aussi le premier pallier) puisque 63 à 73 % des enfants sont déjà allés chez un chirurgien-dentiste. A partir de 8 ans, presque tous ont vu au moins une fois un dentiste.

Fréquence des visites chez le dentiste – Prévention contre attentisme :

Pour ce qui concerne la fréquence des visites chez le dentiste (en particulier, va-t-on chez le dentiste en prévention ou va-t-on chez le dentiste simplement quand on a remarqué qu'on avait un soin à faire faire ?), notamment celle ayant eu lieu dans les 12 derniers mois écoulés, il a été remarqué que cela augmente linéairement entre 2 à 9 ans avec un pic autour des 9/10 ans (80 % ou +).

Les 11 à 15 ans forment un pallier un peu plus bas (70 % à 75 %).

Un tassement apparaît à partir de 16 ans, un tassement pour ne pas dire une chute, une courbe qui commence à décliner (55 % à 66 %). Cela peut s'expliquer par une plus grande autonomie quant à la décision d'aller chez le dentiste :

- auprès des 17/19 ans,
- des filles (celles-ci ont tendance à prendre soin de leur bouche et de leurs dents plus facilement que les garçons),
- des populations les plus modestes (peut-être parce que les enfants sont plus tôt livrés à eux-mêmes),
- et des parisiens (37 % à 45 % des jeunes déclarent prendre plus souvent l'initiative eux-mêmes).

64 % des personnes interrogées ont déclaré aller chez le dentiste en prévention. Dans les classes sociales les plus aisées, il y a plus de prévention, une visite généralement annuelle. Avant 13 ans, et surtout avant 6 ans, ont lieu généralement des visites en prévention ; à partir de 13 ans pour des problèmes précis.

Notoriété du bilan bucco-dentaire chez les parents d'enfants de 15-19 ans :

On a parlé tout à l'heure du bilan bucco-dentaire gratuit pour les 15/19 ans. Pour ce qui concerne cette étude, sur la population totale interrogée, la notoriété de ce bilan bucco-dentaire est de 76 %. 8 personnes sur 10 connaissent par conséquent ce bilan bucco-dentaire.

Par contre, premier renseignement sur ce bilan bucco-dentaire, nous nous sommes aperçus que, sur la tranche d'âge des parents d'enfants qui ont 15 ans, la notoriété de ce bilan bucco-dentaire était finalement assez faible : seulement 59 %.

Il existe un pic pour les enfants âgés de 18 ans, ce qui veut dire que ce bilan bucco-dentaire commence à être très connu quand les personnes concernées n'y ont plus droit (92 % le connaissent). Un effort certainement de prévention est à réaliser avant 15 ans pour faire connaître ce bilan bucco-dentaire gratuit.

Il a été possible également de se rendre compte que le niveau de connaissance du bilan bucco-dentaire est plus faible chez les parents des classes sociales les moins favorisées (C et D).

Notoriété du bilan bucco-dentaire chez les jeunes de 15-18 ans :

Quand on interroge les jeunes de 15 à 18 ans, il est possible de se rendre compte que ceux-ci ont une connaissance moindre du bilan bucco-dentaire gratuit (68 %). Par contre, à l'inverse, ce sont les classes les plus défavorisées (C et D) qui sont les plus au courant de ce bilan bucco-dentaire gratuit (77 %). Il apparaît par conséquent que les enfants sont au courant, mais que les parents, eux, ne le sont pas, d'où une certaine difficulté à faire réaliser ce bilan bucco-dentaire par ces enfants, étant donné que ce sont les parents qui font les démarches administratives.

De même, le bilan bucco-dentaire a une plus forte notoriété chez les filles que chez les garçons (76 % contre 59 %). Il est possible d'expliquer cet état de fait en se disant que les filles ont certainement plus l'habitude de lire des magazines parcourus par leurs parents (ex : presse féminine). Or, c'est dans ces magazines que l'on trouve les campagnes d'informations de la CNAM, en particulier sur le bilan bucco-dentaire.

15-18 ans ayant bénéficié du bilan bucco-dentaire :

La notoriété est une chose, mais seulement 33 % des 15/18 ans ont bénéficié du bilan bucco-dentaire. Il est ainsi possible d'améliorer les choses. Rappelons que 16 % seulement des enfants âgés de 15 ans ont bénéficié de ce bilan. A l'âge de 18 ans, 54 % ont eu recours à celui-ci.

Plus de la moitié des 15-18 ans se sont rendus au BBD seuls (principalement à partir de 17 ans).

Parmi ceux qui ont eu connaissance du BBD et n'en n'ont pas bénéficié :

- 22 % invoquent le manque de temps,
- 21 % déclarent ne pas savoir comment faire.

Les renoncements :

Nous avons exploré 3 types de renoncement :

- Les renoncements passés
  (avez-vous déjà renoncé à des soins dentaires et pour quelles raisons ?),
- Les renoncements présents, besoins identifiés
  (avez-vous des problèmes dentaires actuellement ? Avez-vous des soins en cours ? Avez-vous des soins prévus par un professionnel ?),
- Les renoncements possibles
  (pour quelles raisons seriez-vous amené à renoncer à engager des soins dentaires ?).

Pour chaque type, les motifs de renoncements étaient classés selon 4 critères :

- Les renoncements liés à la gravité,
- Les renoncements d'ordre financier,
- Les renoncements liés à l'offre,
- Les renoncements d'ordre affectif.

➜ Les renoncements passés déclarés :

Le plus souvent, ce sont :

● des renoncements liés à la gravité (pas ou peu de douleur, problèmes sur les dents de lait ou jugés peu graves) : 21 % des personnes interrogées sont concernées par ce type de renoncement, dont 27 % chez les 17/19 ans (soit un taux supérieur au premier chiffre mentionné). C'est une tranche sensible car c'est à cet âge qu'il est possible de remarquer que l'on s'occupe beaucoup moins de ses dents (38 % dans le classe sociale C, 26 % dans la classe sociale D. La classe sociale C est par conséquent la plus touchée par ce type de renoncement.

● et des renoncements liés à l'offre : 17 % des personnes interrogées au moins ont ce type de renoncement. Ce chiffre masque sans doute d'autres problèmes puisque les réponses les plus souvent apportées étaient : « je n'ai pas de dentiste près de chez moi - je n'ai pas le temps et c'est difficile d'obtenir un rendez-vous ».

● les renoncements financiers sont essentiellement rencontrés dans les classes sociales C et D (22 % et 15 %) et pour les 17/19 ans (14 %). Plusieurs réponses furent à ce titre apportées :

- « je n'ai pas de mutuelle »,
- les soins n'étaient pas remboursés du tout,
- les remboursements de ces soins étaient insuffisants,
- les délais de remboursement étaient trop longs,
- la somme à avancer pour ces soins était trop importante.

● les renoncements d'ordre affectif sont plus souvent cités en classe sociale C (19 % - « l'enfant rechigne à aller chez le dentiste et j'ai eu personnellement une mauvaise expérience avec un dentiste »).

➜ Les problèmes dentaires actuels :

En moyenne, les parents déclarent 0,60 problème dentaire actuel sur leur enfant :
● surtout chez les 6-16 ans (0,74 et 0,71),
● et dans les classes sociales modestes (0,73 pour la C et 0,70 pour la D).

Cependant, 44 % de ceux qui ne déclarent aucun problème n'ont pas vu de dentiste dans les 12 derniers mois. En conséquence, il ne semble y avoir aucun problème, mais il n'y a aucune confirmation d'un professionnel de santé.

Les problèmes déclarés par les parents sont :
● essentiellement des dents à redresser (27 %) avec un pic dans les tranches d'âges 6/12 ans (42 %) et 13/16 ans (32 %),
● et seulement 9 % des caries (chiffre vraisemblablement sous-estimé). 70 % de celles-ci sont confirmés par le dentiste. Il apparaît plus de caries en fonction des tranches d'âges : 13 % chez les 13/16 ans et 11 % chez les 17/19 ans,
● une sous-évaluation générale de la douleur : 4 % selon les parents, 10 % selon les 13/19 ans. Les parents ont tendance à sous-estimer la douleur des enfants ; le problème étant confirmé par un dentiste dans seulement 38 % des cas.

➜ *Les soins des problèmes actuels :*

Seulement 38 % des problèmes dentaires identifiés par les parents ont des soins en cours, 36 % des soins prévus (qui cachent probablement des non-recours) et 26 % aucun soin prévu :

- le recours aux soins est plus fort chez les 13/16 ans (59 %) et les classes sociales A et B (40 %).
- plus précisément, 42 % des caries signalées par les parents sont en cours de soins et seulement 18 % des douleurs. Nous retrouvons vraiment, à ce stade de l'étude, la sous-estimation de la douleur dentaire.

Lorsqu'il n'y a pas de soins en cours sur un problème cité, les parents déclarent :

- ➤ que cela n'est pas grave ou peut attendre (42 %),
- ➤ que l'enfant est trop jeune (22 %),
- ➤ ou que le problème peut s'arranger seul (12 %),

mais les 13/19 ans déclarent que ça n'est pas douloureux ou pas gênant (47 %) ou qu'ils n'ont pas le temps (18 %).

Lorsqu'il n'y a pas eu de contrôle dentaire dans les 12 derniers mois, les parents se justifient le plus souvent par le fait que :

- ➤ l'enfant ne se plaint pas (42 %),
- ➤ le pédiatre s'en occupe (15 %) ou qu'ils vérifient eux-mêmes (15 %),
- ➤ que l'enfant est trop jeune (10 % - réponse surtout présente pour l'enfant de - de 5 ans

dont les parents estiment qu'il est trop jeune pour aller chez le dentiste).

■ Les renoncements possibles :

Lorsqu'on interroge les parents sur les motifs qui pourraient leur faire renoncer à des soins dentaires sur leur enfant, des motifs de renoncement apparaissent même chez les parents les plus « exemplaires » :

- le plus souvent, ce sont des motifs liés à la gravité : 36 % (peut s'arranger seul : 21 %, ne se plaint pas de douleur : 20 %). Ces renoncements sont surtout remarqués dans la classe sociale C.
- et des motifs d'ordre financier : 20 % (soins non remboursés : 12 %, pas de mutuelle : 11 %, somme trop importante : 13 %). Ces renoncements apparaissent plus souvent dans la classe sociale C, qui est moins « assistée » a priori que la classe sociale D (CMU entre autres), moins souvent dans la classe sociale A.
- viennent ensuite les motifs liés à l'offre ou le manque de temps (13 %), cités en classes sociales C et D.
- les motifs d'ordre affectif sont rarement cités comme des motifs de renoncement (7 %).

➜ Les leviers et attentes :

Les éléments déclencheurs du recours au soin cités le plus souvent sont :

- l'esthétique (72 % - remarque encore plus vraie chez les filles) et le dentiste lors d'une visite de contrôle (70 % - d'où l'importance du rôle du chirurgien-dentiste),
- la douleur dont se plaignait l'enfant (21 %),
- un dépistage scolaire (12 %).

Les jeunes de 13/19 ans citent en outre : les parents (41 %) et la douleur (32 %).

Les principales attentes pour un meilleur recours aux soins sont liées à une systématisation de la consultation (prise en charge et organisation) :

- une consultation annuelle gratuite (73 %),
- un dépistage systématique à l'école (66 %),
- une meilleure information (78 %).

Ces propositions séduisent toutes les classes sociales (notamment au niveau de l'organisation de la consultation), mais plus encore les classes sociales les plus modestes, surtout en ce qui concerne l'information (pour savoir ce qui nécessite une visite chez le chirurgien-dentiste).

→ Typologies des non-recours :

Nous avons ensuite, à partir de ces motifs de non-recours, essayé de déterminer une typologie de non-recours en Ile de France. Nous avons ainsi trouvé 6 types distincts :

- le type 1: (les exemplaires diligents) qui est le plus important avec un poids de 53 %,
- le type 2 : (les exemplaires de façade) avec un poids de 8 %,
- le type 3 : (les accaparés ou négligents) avec un poids de 11 %,
- le type 4 : (les attentistes) avec un poids de 4 %,
- le type 5 : (les démunis résignés) avec un poids de 3 %,
- le type 6 : (les jeunes parents confiants ou les démissionnaires) avec un poids de 21 %.

Ces 6 types se caractérisent de la manière suivante :

- *Type 1 : les exemplaires diligents*
  - CSP + : Cadres ou professions intermédiaires
  - en couple
  - ++ Dept 78, - - Dept 93
  - bonne hygiène dentaire des enfants
  - bon niveau d'information sur l'âge auquel on doit commencer le brossage des dents
  - ont une bonne image du dentiste (+savent mettre à l'aise, + expliquent bien)

- *Type 2 : les exemplaires de façade*
  - CSP + ou moyenne
  - familles nombreuses : ++ foyers de 5p+ (39 % vs 26 %)
  - + Enfants de 13 ans et plus (52 % vs 37 %)
  - + Dept 91, ++ Dept 92
  - plus nombreux à avoir choisi le dentiste pour sa proximité géographique (31 % vs 26 %) ou sur un annuaire (12 % vs 4 %)

- *Type 3 : les accaparés réticents ou négligents*
  - CSP moyenne
  - + souvent parent isolé (22 % vs 15 %)
  - ++ enfants de 6/12 ans (55 % vs 40 %)
  - ++ Dept 75, ++ Dept 93
  - moins bonne image des dentistes (+ pas compétent, - - savent mettre à l'aise)

- *Type 4 : les attentistes*
  - CSP moyenne à modeste
  - un peu + enfants de 2-5 ans
  - + souvent 1 seul enfant de 2 à 19 ans dans le foyer (48 vs 39 %)

- en couple
- + Dept 91, + Dept 92
- 12 % n 'ont pas d'assurance complémentaire maladie (vs 8 %)
- lorsque des soins sont effectués, le déclencheur a été + souvent la douleur dont l'enfant se plaignait (54 % vs 21 %) et une gêne pour manger (25 % vs 10 %)

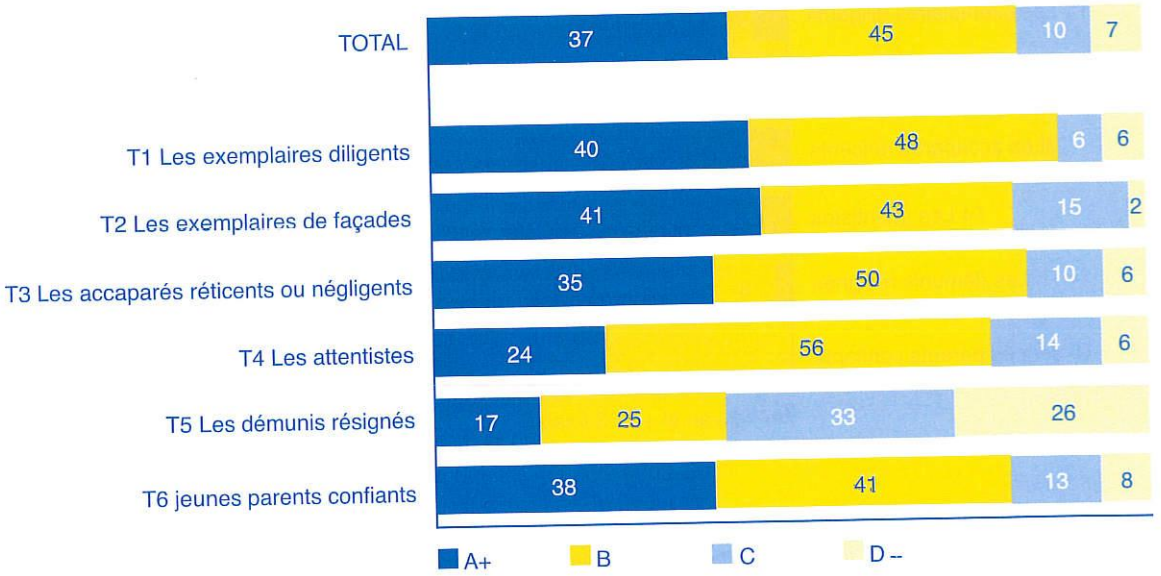
● *Type 5 : les démunis résignés*

- CSP très modeste : essentiellement des chefs de ménage employés (34 % vs 18 %) et des ouvriers ou des inactifs
- des revenus du foyer très bas (22 % moins de 6 000 F vs 4 %)
- ++ enfants de 17-19 ans (40 % vs 16 %)
- +++ parent isolé (34 % vs 15 %)
- ++ Dept 75, ++ Dept 93
- peu diplômé (22 % aucun diplôme vs 8 %)
- moins bonne hygiène dentaire ; les dents des enfants sont moins souvent brossées le soir
- le déclencheur des soins effectués a été + souvent :
  - la douleur dont l'enfant se plaignait (41 % vs 21 %),
  - le dépistage scolaire (26 % vs 12 %),
  - et une gêne pour manger (23 % vs 10 %).

● *Type 6 : les jeunes parents confiants ou les démissionnaires*

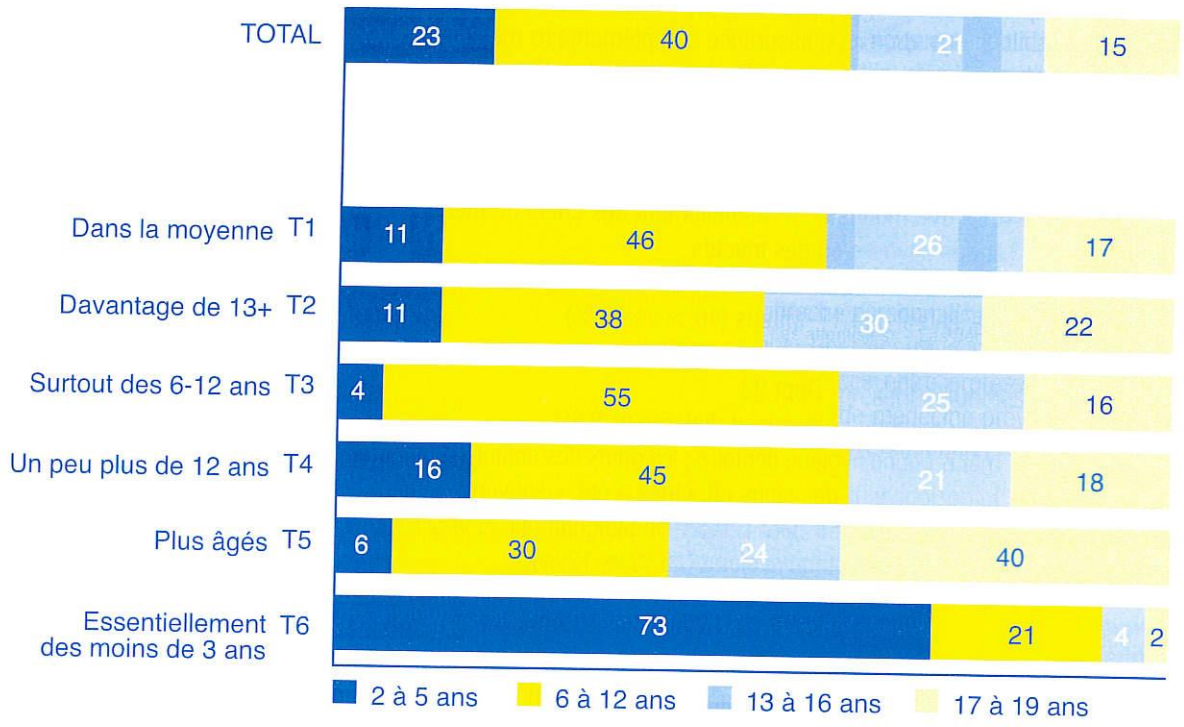
- essentiellement des parents de jeunes enfants de moins de 5 ans : 73 % vs 23 %
- en couple (90 % vs 85 %)
- + Paris (31 vs 25 %)
- + Etudes supérieures (41 % vs 36 %)
- fréquentes visites chez le médecin ou le pédiatre mais pas de consultation chez le dentiste :
  - 22 % déclarent que le pédiatre s'en occupe,
  - 39 % que l'enfant ne se plaint pas de douleurs,
  - 17 % que l'enfant est trop jeune,
  - 16 % déclarent vérifier eux-mêmes.
- lorsque des soins sont prévus, c'est + souvent suite à un dépistage scolaire (32% vs 12 %).

Corrélation entre classe sociale et typologie :



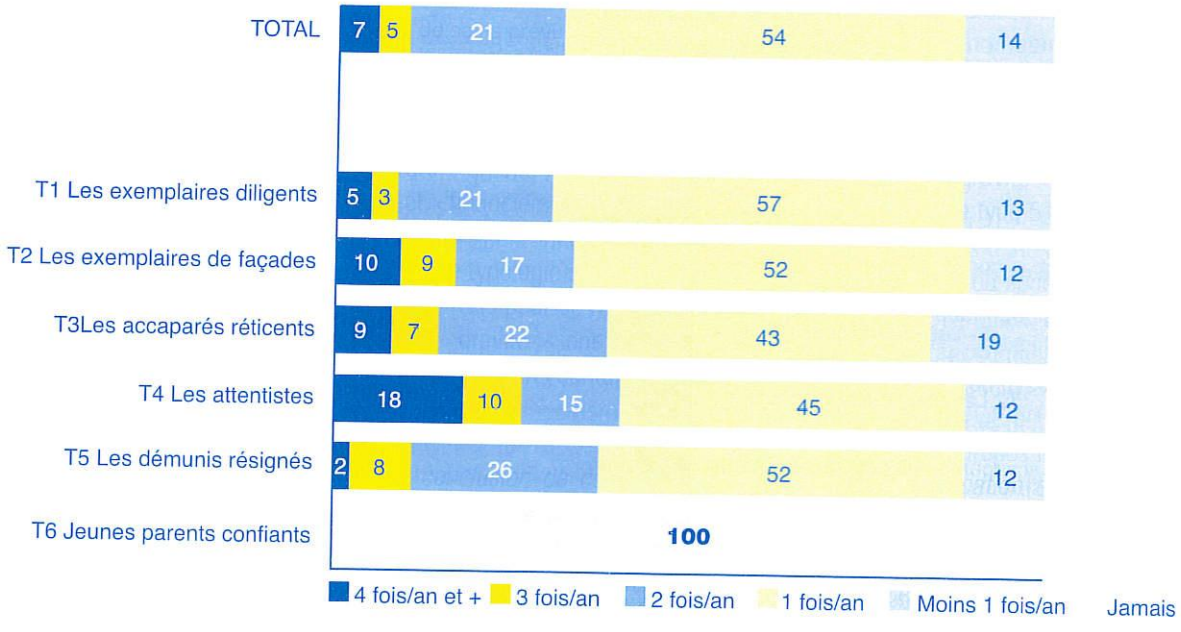
- *Il apparaît que plus la classe sociale est modeste, plus le non recours est important.*

Corrélation entre l'âge de l'enfant et la typologie :



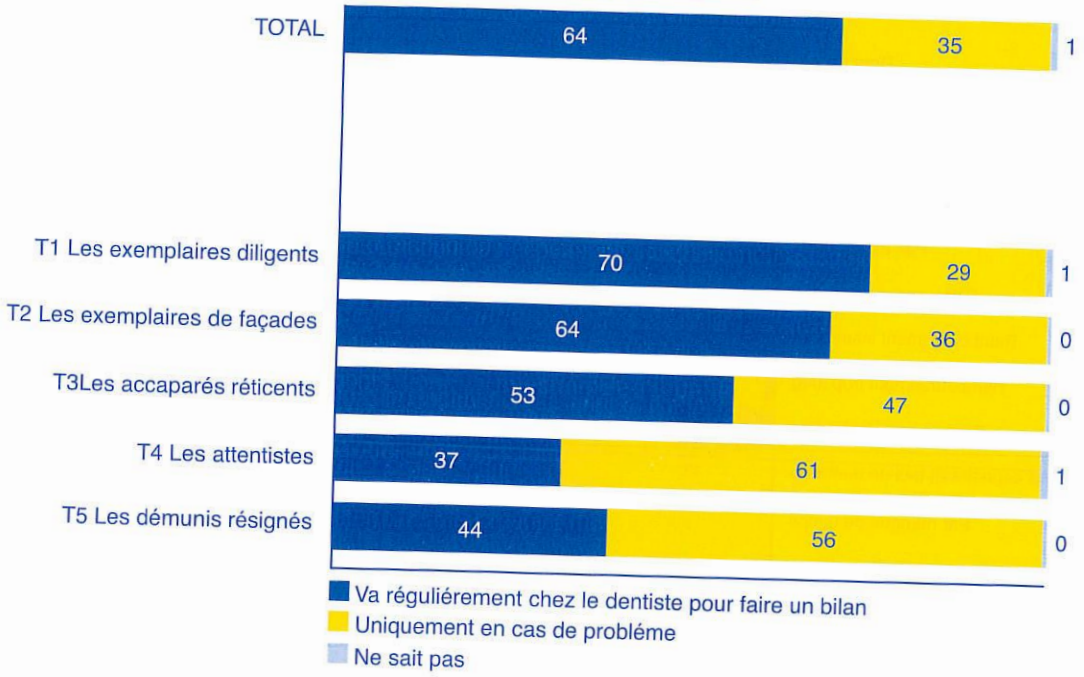
➤ *Il y a une plus forte proportion d'enfants de 6 à 12 ans dans le type 3 par exemple, le type 1 est dans la moyenne et, sur le type 6, c'est essentiellement les enfants de moins de 5 ans.*

Fréquence de visite chez le chirurgien-dentiste :



➤ *On constate que, lorsqu'il y a consultation en prévention, c'est le plus souvent une fois par an. Plus on consulte tard, plus le nombre de visite nécessaire est grand (c'est le cas pour le type 4 « les attentistes »).*

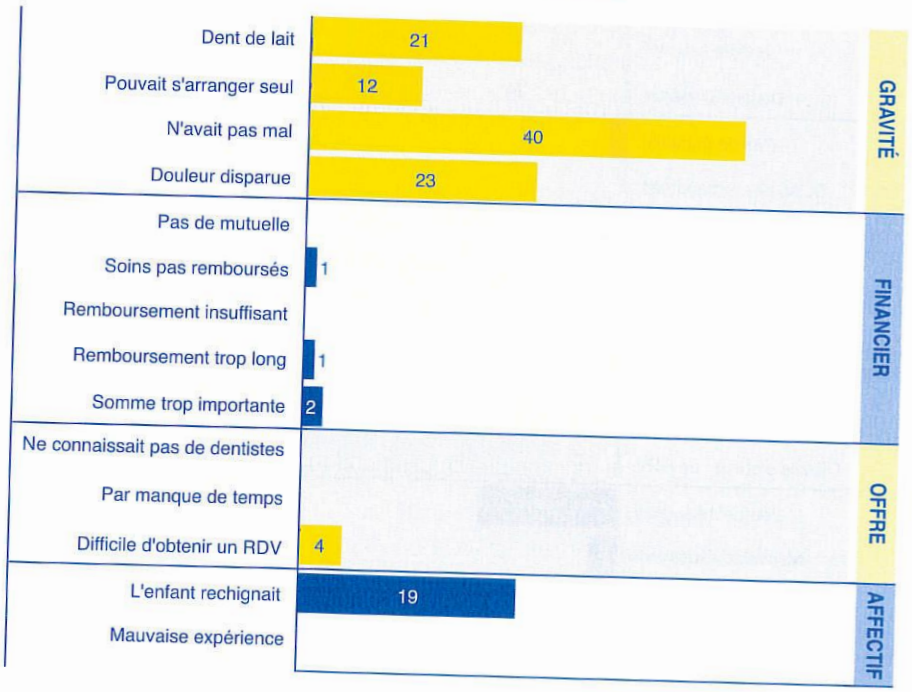
Type de visite chez le dentiste :



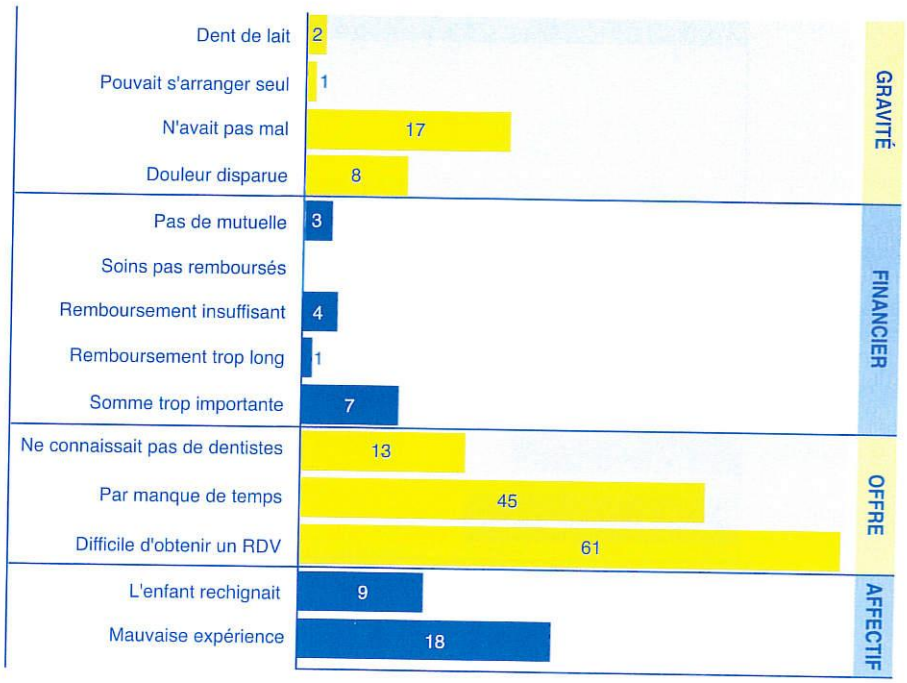
➤ *Suivant le type, une corrélation apparaît. Le type 1 effectue plus de visites de prévention, alors que les attentistes, bien sûr, vont faire des visites simplement en cas de problèmes.*

➜ Les renoncements passés (à des soins dentaires pour l'enfant de 2/19 ans) :

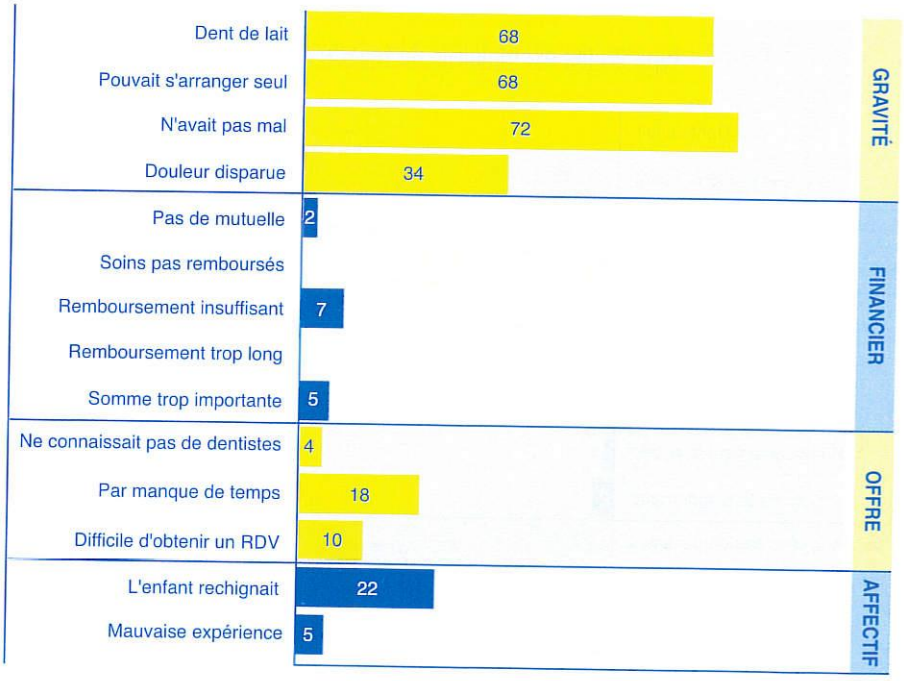
Type 2 : les exemplaires de façade :



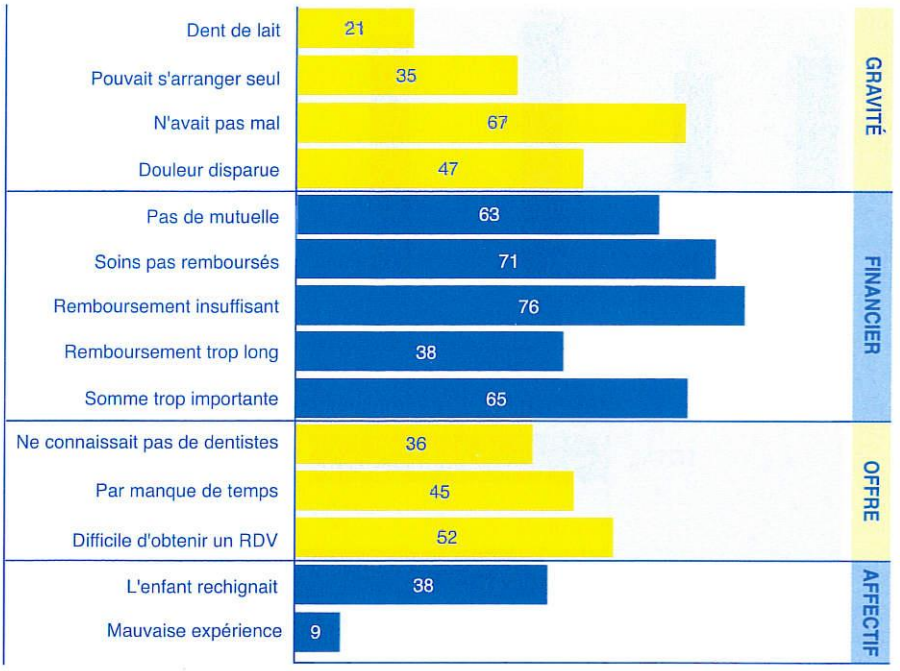
Type 3 : les accaparés réticents ou négligents :



Type 4 : les attentistes :



Type 5 : les démunis résignés :

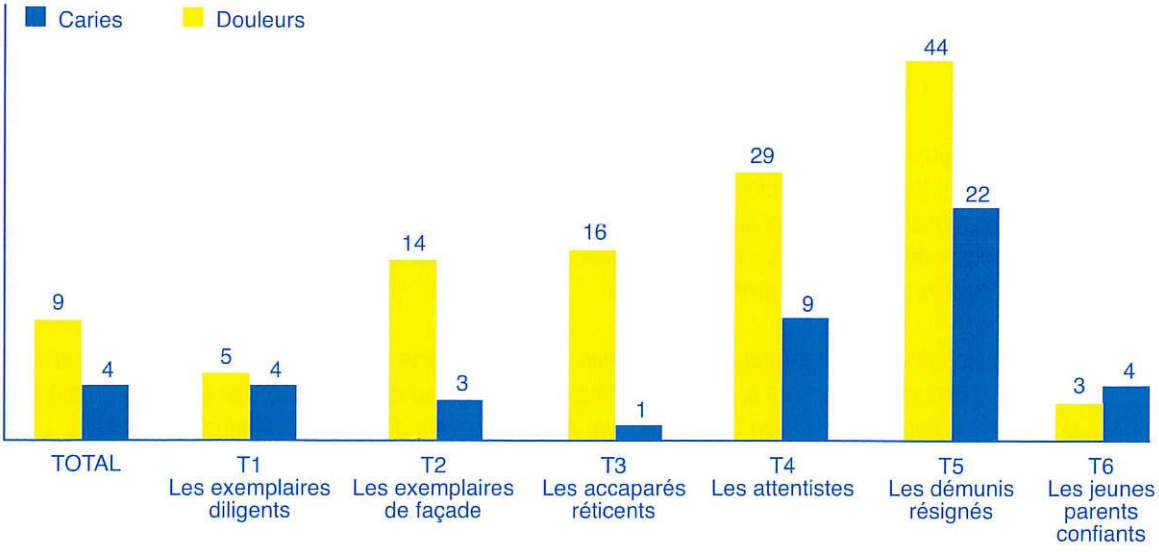


Par rapport aux renoncements passés :

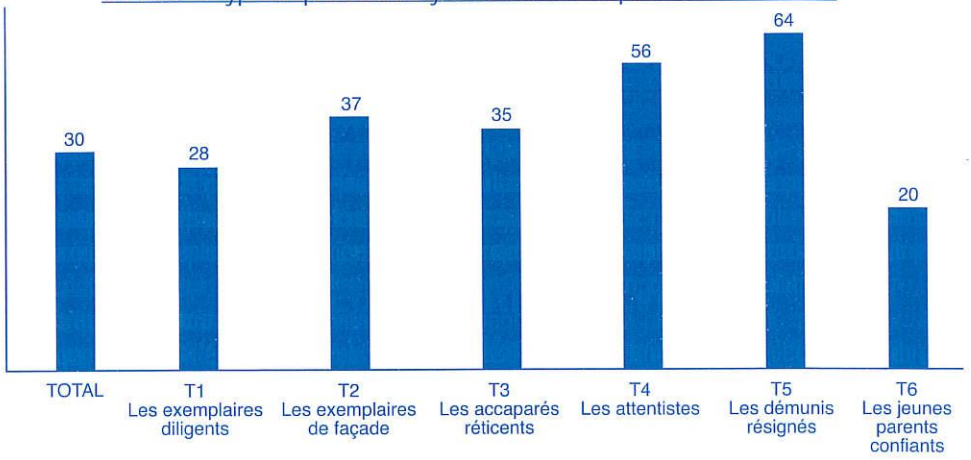
- le type 2 se retrouve dans les renoncements liés à la gravité (avec le type 4 également),
- le type 3 dans les renoncements liés à l'offre (manque de temps, difficile de prendre un rendez-vous),
- le type 5 dans les renoncements d'ordre financier.

→ Les renoncements actuels (à des soins dentaires pour l'enfant de 2/19 ans) en % :

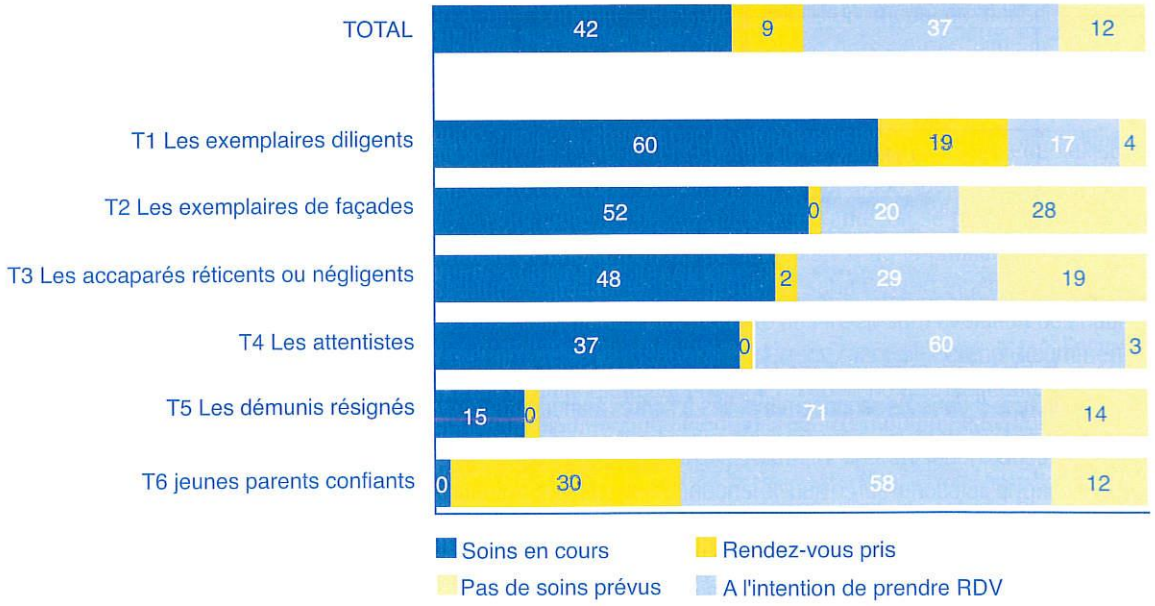
Problèmes dentaires déclarés selon le type :



% selon le type de personnes ayant au moins un problème non traité :



traitements des caries selon le type :



➜ les renoncements possibles (à des soins dentaires pour l'enfant de 2 à 19 ans) :

Les renoncements seraient d'ordre « gravité » pour le type 1 et le type 2, d'ordre « gravité » et « offre » pour le type 3, d'ordre « gravité » et « financiers » pour le type 4 et de tout ordre pour le type 5.

Ce que nous pouvons retenir de cette typologie sont les éléments suivants :

- Il existe toujours des freins assez forts pour se rendre chez le dentiste. En effet, quel que soit le type observé, les renoncements « gravité » sont présents.
- Il existe des populations « exclues des soins dentaires », et le type 5 en est l'illustration avec des renoncements de tout ordre.

Plus globalement, et ce sera la conclusion de cette intervention, les efforts d'éducation et de prévention sont encore nécessaires et indispensables. Nous avons vu en particulier que la prise en compte de la douleur était faible, que le bilan bucco-dentaire souffrait encore d'un relatif manque de notoriété.
Enfin, je terminerai par un élément issu de cette enquête que je n'ai pas abordé. Certaines personnes interrogées citaient comme élément pouvant faciliter le recours aux soins dentaires le fait que le médecin généraliste les informe sur le type de répercussions sur le corps que pouvait avoir un problème dentaire non traité. J'y vois simplement l'occasion de rappeler qu'il s'agit d'un vrai problème de Santé Publique et que toutes les actions entreprises vers cette prise de conscience sont à saluer. C'est pourquoi je remercie l'UFSBD, qui œuvre beaucoup en ce sens, d'avoir organisé ce colloque dans ce lieu symbolique qu'est l'Assemblée Nationale.

SOCIOLOGIE COMPORTEMENTALE DES ADOLESCENTS

PROFESSEUR PIERRE G. COSLIN

Directeur du Groupe d'Etudes et de Recherches en Psychologie de l'Adolescent, Université René Descartes - Paris V

Qu'est-ce que l'adolescence ? L'adolescence existe-t-elle ? Telle est la question... Essayons, non d'y répondre, mais d'apporter brièvement quelques éléments de réponse.

Le passage de l'état d'enfant à celui d'adulte se caractérise par d'importantes transformations somatiques et par une poussée instinctuelle qui rapprochent l'enfant de l'homme ou de la femme au plan physique, alors que les conventions sociales le maintiennent dans son statut antérieur. L'adolescence se définit par cette phase de transition qui commence avec la puberté et se poursuit plus ou moins longtemps selon l'époque et la culture. L'adolescence se déroule à travers des changements qui bouleversent l'équilibre interne du sujet et engendrent de nouveaux modes d'être au monde. Ces changements diversifiés et intenses entraînent souvent des transgressions. Transgresser, c'est passer outre. Il y a dans la transgression quelque chose de dynamique qui l'apparente à la progression. La transgression s'avère ainsi nécessaire à l'adolescence dans la mesure où elle permet au jeune de progresser, de rompre avec les images parentales qui, si elles ont été structurantes pour l'enfant, ne suffisent plus à son actuel développement. Mais cette rupture est aussi ouverture, accession à de nouvelles relations avec l'environnement. S'il y a transgression, il y a aussi transaction. L'adolescence conduit ainsi au rejet des images parentales de l'enfance en prélude à de nouveaux attachements.

La puberté entraînant des transformations somatiques marquées, l'adolescent doit parvenir à accepter son corps tel qu'il est, tel qu'il devient et à l'utiliser efficacement, à assumer son rôle social masculin ou féminin, à établir de nouvelles relations avec ses pairs et à se préparer tant à la vie en couple qu'à l'insertion professionnelle. Les transformations pubertaires entraînent une certaine fatigabilité et une relative fragilité générale. Elles se manifestent aussi à travers l'image du corps, l'image de soi et l'expérience subjective des transformations subies. L'adolescent doit s'identifier à l'image qu'il a de son corps, s'approprier ce corps tant au plan proprioceptif que représentatif.

On perçoit également des transformations au niveau des structures cognitives dont l'amplitude est aussi importante que celle des bouleversements pubertaires. L'adolescence correspond au stade formel, c'est-à-dire à la maîtrise de la combinatoire, de la logique des propositions et de la pensée hypothético-déductive. Elle apparaît aussi comme une période privilégiée pour les apprentissages sociaux et culturels dans la mesure où le jeune n'est pas encore contraint de se conformer à des rôles définis avec rigueur et où les flottements dans ses systèmes d'identification laissent la place à l'essai et à l'erreur.

L'adolescence apparaît souvent comme un temps de « crise ». Mais la question se pose de savoir qui en réalité est en crise. S'agit-il des adolescents ou de la société ? S'agit-il d'un phénomène de société et/ou d'une crise de développement ? Partant de l'existence des deux grandes perspectives relatives à

l'approche de l'adolescence, les abords psychanalytiques et sociologiques, et estimant que ces perspectives sont mal appuyées empiriquement, certains auteurs s'interrogent alors sur l'existence même d'une crise identitaire à l'adolescence.

Erikson qualifie l'adolescence en termes de crise identitaire, temps de recherche et d'introspection d'où surgira cette identité qui intégrera la confiance acquise dès la petite enfance, l'autonomie, l'initiative et la compétence. Pour établir son identité personnelle, le jeune doit établir un bilan qui lui est propre et lui permette de répondre à quelques questions cruciales : Qui suis-je ? D'où est-ce que je viens ? Où vais-je ? Il doit répondre seul à ces questions, mais il y est aidé si des repères existent dans son entourage pour lui permettre d'établir quelle est son histoire, quelle est sa lignée et quelles sont les valeurs qui lui sont proposées.

Fait individuel, l'adolescence est enfin un fait social. Elle évolue parallèlement aux changements sociaux. Les jeunes trouvaient hier au sein de leur famille modèles et valeurs ; les adolescents d'aujourd'hui suivent le même chemin que leurs prédécesseurs mais dans une société où les adultes contestent valeurs et principes tout en continuant de les leur proposer. Plusieurs points sont à prendre en compte : l'évolution des relations familiales (les parents, la fratrie, les « nouvelles familles ») ; la connaissance de soi et d'autrui ; les relations amicales ; les relations amoureuses (l'attente et la rencontre du partenaire, les rôles sexuels) ; les groupes et les bandes, les jeunes des cités ; l'identité des jeunes en situation migratoire ; le phénomène idolâtre, etc...

Au moment de conclure, et pour en revenir à notre interrogation initiale, la question est peut-être moins de savoir si « l'adolescence existe » et s'il s'agit d'un fait réel ou d'une construction sociale, que de constater que les « adolescents existent ». S'ils ne sont pas encore adultes, ce ne sont déjà plus des enfants et ils nous le font savoir…

14h00 - 15h30



EDUCATION POUR LA SANTÉ : DÉMARCHE ET MÉTHODE

DOCTEUR BRIGITTE SANDRIN BERTHON

Maître de Conférence à l'Université Catholique de Louvain,
Médecin, Chargée de Mission à l'INPES

Exposé autour de quatre idées :

1) L'information est centrée sur les contenus scientifiques, le conseil est centré sur celui qui le délivre, l'éducation est centrée sur la personne qui en bénéficie.

Les professionnels se font du souci pour la santé bucco-dentaire des jeunes : selon eux, les jeunes mangent n'importe quoi, oublient de se brosser les dents et répugnent à fréquenter les chirurgiens dentistes. Alors ils se mobilisent, se réunissent en congrès pour trouver des solutions. Ils font des efforts de communication vis-à-vis des jeunes, les mettent en garde, animent des séances d'information en milieu scolaire, rédigent des brochures, projettent des films, etc. Il faut bien reconnaître que les résultats sont plutôt décevants. Les informations, les explications et les conseils sont souvent perçus comme inefficaces par ceux-là même qui les prodiguent. On peut se demander pourquoi. Quand un professionnel de santé recommande à un jeune de prendre soin de lui-même ou d'adopter un comportement favorable à la santé, il utilise spontanément les arguments qui lui ont été enseignés et les modes de raisonnement qui lui ont été inculqués pendant sa formation initiale et continue (« *Voilà ce que dit la science.* » Par exemple : « *Une alimentation trop riche en sucres favorise l'apparition de caries.* »). Il s'appuie aussi sur la relation de confiance établie avec les jeunes pour essayer de les convaincre (« *Voilà ce que je pense qui est bon pour vous, c'est moi qui vous le conseille.* » Par exemple : « *Vous devriez vraiment vous brosser les dents après chaque repas : c'est bon pour votre santé et c'est mieux pour séduire les filles.* »). Cette manière de procéder n'est efficace que si la recommandation formulée ne vient pas trop bousculer les représentations, les croyances et les comportements actuels du jeune. Autrement dit, elle est surtout efficace avec les jeunes qui en ont le moins besoin. C'est un exemple que je donne souvent : si vous conseillez à toute une classe de jeunes de se brosser les dents trois fois par jour, il est probable que ceux qui se les brossent déjà matin et soir auront moins de mal à suivre votre conseil que ceux qui n'ont pas de brosse à dents chez eux. L'information est centrée sur les contenus scientifiques, le conseil est centré sur celui qui le délivre, autrement dit le chirurgien-dentiste. Pour gagner en efficacité, il est indispensable de recourir à une démarche éducative centrée sur le sujet : l'objectif n'est pas que le professionnel de santé enseigne mais que le jeune acquière ou consolide des connaissances et des compétences qui lui permettront d'accroître son autonomie vis-à-vis de sa santé. Le jeune n'est pas vierge de toute connaissance, de toute conception, de toute croyance avant de rencontrer le professionnel. Il dispose même d'un système bien équilibré de représentations auquel les informations nouvelles vont se heurter.

2) La notion de représentation est centrale en éducation pour la santé car ce sont nos représentations qui déterminent nos manières d'agir et non pas seulement nos connaissances.

Il me faut ici préciser la notion de représentation.

La représentation, c'est l'idée qu'on se fait des personnes, des choses, concrètes ou abstraites. Les représentations ne sont ni fausses ni vraies : elles correspondent à notre vision du monde.

Elles sont le fruit :

- de notre personnalité, de notre vécu, de ce que nous avons ressenti (et ressentons) à travers différentes expériences personnelles,
- de ce qui nous a été transmis (et nous est transmis) par l'enseignement, par les différentes institutions, par les médias,
- de ce que nous avons partagé (et partageons) avec les personnes qui composent notre environnement familial, social, culturel.

Denise Jodelet, spécialiste de psychologie sociale, dit que la représentation « se situe à l'interface du psychologique et du social, de l'individuel et du collectif. »

Les représentations déterminent notre manière d'agir, nos conduites. Modifier nos comportements durablement suppose de modifier nos représentations. Accroître les connaissances est insuffisant pour modifier les comportements : sinon, je le dis souvent, il y a longtemps qu'il n'y aurait plus aucun médecin fumeur. C'est pour cela que la notion de représentation est centrale en éducation pour la santé.

Pour vous aider à comprendre cette notion, je vais recourir à la métaphore, mode d'explication spontanément peu utilisé par les médecins et pourtant bien utile car il fait appel aux facultés de raisonnement des personnes mais aussi et surtout à leur imagination.

Imaginez l'ensemble des représentations d'une personne comme une bibliothèque remplie de livres. Les livres sont suffisamment bien rangés pour que la bibliothèque tienne debout. Ils sont rangés par taille ou par sujet ou par couleur… Peu importe mais l'ensemble est stable et ne s'écroule pas au premier courant d'air.

Quand vous suggérez à un jeune de changer son comportement alimentaire ou de se brosser les dents régulièrement ou de consulter régulièrement un chirurgien-dentiste, vous lui apportez une nouvelle donnée : c'est comme si vous lui offriez un livre qu'il allait devoir ranger dans sa bibliothèque personnelle, quelque part dans sa tête. Si le livre que vous lui apportez n'est pas très différent de ceux qu'il possède déjà et ne vient pas trop bouleverser son système de classement, tout va bien. Par exemple, c'est un roman de cape et d'épée, il en a déjà plusieurs dans la même collection : il n'aura pas de difficulté à l'intégrer à sa bibliothèque. Il lui suffira de créer un peu d'espace sur le rayonnage réservé aux romans de cape et d'épée pour y glisser votre cadeau et tout ira bien.

C'est ce qui se passe avec les jeunes qui acceptent rapidement de suivre votre conseil. On peut penser que leur réseau de représentations est facilement compatible avec ce que vous leur suggérez de faire.

En revanche, si vous offrez un livre d'art, grand format, à une personne qui ne possède aucun livre de ce genre ni de cette taille, elle se trouvera fort embarrassée. De deux choses l'une, ou bien elle a peu de considération pour vous et elle ne se cassera pas la tête pour ranger le livre sur ses étagères : elle l'offrira à quelqu'un d'autre ou elle l'oubliera dans un coin. Ou bien elle vous aime bien, attache de l'importance à votre cadeau, souhaite l'intégrer coûte que coûte à sa bibliothèque. Alors, elle devra complètement réaménager son étagère, envisager un nouveau mode de classement, peut-être même modifier la hauteur

des planches. Tout ceci va lui demander du temps, de l'énergie et beaucoup de motivation. Elle se lassera peut-être en cours de route si personne ne vient l'aider…

C'est ce qui se passe quand l'information ou le conseil ou la prescription que vous délivrez vient bousculer un système jusque-là bien équilibré de représentations.

L'ensemble des représentations d'un individu fonctionne comme un réseau stable, bien organisé, qui va donc opposer une résistance au changement. Cette résistance sera proportionnelle à l'importance du changement envisagé : plus l'information ou l'expérience à laquelle nous sommes confrontés sera éloignée de notre représentation des choses, plus nous aurons tendance à l'ignorer ou à la rejeter.

C'est réellement difficile de changer… tant pour les adultes que pour les jeunes d'ailleurs, tant pour les soignants que pour les patients.

Alors il ne suffit pas d'offrir un livre, il faut s'intéresser à l'étagère. Comprendre comment le jeune range ses livres, selon quelle logique. Autrement dit explorer ses représentations puisqu'elles constituent sa grille de lecture et qu'elles déterminent sa manière d'agir. Il faut non seulement mettre en évidence les représentations qu'ont les jeunes de la santé, de l'alimentation, du chirurgien-dentiste mais aussi s'intéresser à tous les facteurs qui contribuent à forger ces représentations : leurs habitudes personnelles, familiales, culturelles, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, leurs goûts, leurs préoccupations, leurs inquiétudes, leurs projets.

Une fois qu'on a compris comment était organisée la bibliothèque, il va falloir aider le jeune à la réaménager pour y intégrer le nouveau livre, la nouvelle donnée, et cela peut nous amener à agir sur des facteurs très variés, en particulier développer ce qu'on appelle les compétences psychosociales : la capacité à s'exprimer, à dire non, à résister à la pression des autres, à s'entraider, à développer une image positive de soi-même, à se projeter dans l'avenir. Pour cela, il est indispensable de travailler à plusieurs, en collaboration avec d'autres professionnels. Attention, il ne s'agit pas d'écouter d'abord pour mieux faire passer ensuite son propre message. Il s'agit d'écouter pour construire avec chaque jeune une réponse originale, individuelle, appropriée, à partir de ce qu'il est, de ce qu'il sait, de ce qu'il croit, de ce qu'il redoute, de ce qu'il espère et à partir de ce que le professionnel est, sait, croit, redoute et espère. Il existe de part et d'autre, chez le jeune et chez le professionnel, des connaissances, des représentations, du rationnel et de l'irrationnel, du conscient et de l'inconscient. Mener une démarche éducative, c'est construire à chaque rencontre, à partir de tous ces éléments, de nouvelles réponses, acceptables à ce moment-là par l'un et par l'autre. Eduquer n'est pas convaincre, éduquer n'est pas prescrire, éduquer c'est accompagner. C'est la raison pour laquelle les séances d'information en milieu scolaire n'ont d'intérêt que si elles s'intègrent à un véritable projet éducatif. Mettre l'information à la disposition de ceux qui en ont besoin, c'est très bien mais le travail éducatif ne commence que lorsque l'éducateur et le jeune traitent ensemble cette information pour permettre son appropriation, son assimilation.

Quand on aura réaménagé la bibliothèque, le travail n'est pas fini car de nouveaux livres arrivent toujours et viennent bousculer le nouvel ordre établi. C'est la raison pour laquelle l'éducation pour la santé est un travail continu.

3) Faire de l'éducation c'est aussi remettre en question ses habitudes de travail et agir sur l'environnement.

Une démarche éducative ne repose pas seulement sur le discours que l'on tient ni sur les activités que l'on met en place à un moment précis. Elle dépend aussi de l'environnement que l'on crée et de l'attitude que l'on adopte au quotidien. L'éducation pour la santé des jeunes ne se fait pas seulement quand on parle avec eux de leurs comportements. Il y a tout ce que l'on transmet implicitement. Comment les jeunes

sont-ils accueillis quand ils arrivent au cabinet dentaire ? Quels journaux, quels documents, quelles affiches sont disposés dans la salle d'attente ? Donne-t-on l'image d'un chirurgien-dentiste toujours pressé, toujours en retard ? Prend-on le temps de justifier les actes que l'on effectue ? Les ordonnances que l'on rédige sont-elle lisibles ? Est-on capable d'expliquer un diagnostic et un traitement sans utiliser le jargon médical ? C'est aussi cela l'éducation : veiller à ce que le lieu et l'ambiance de la consultation ne viennent pas contredire les intentions éducatives que l'on affiche. Si l'on ne prend pas le temps de questionner ses habitudes, si l'on ne porte pas un regard critique sur ce que l'on fait, sur ce que l'on dit sans le dire, la routine de travail risque d'entraver considérablement la démarche éducative, sans même qu'on en ait conscience.

Il en va de même en milieu scolaire. On invite les jeunes à manger de façon équilibrée et à se brosser les dents après les repas. La moindre des choses est alors de s'intéresser aux repas qui leur sont servis à la cantine. Leur sert-on de l'eau ou du sirop à table ? A-t-on installé des distributeurs de friandises ou de boissons sucrées dans le préau ? Ont-ils la possibilité de se brosser les dents en sortant de la cantine ?

C'est une façon de dire que l'éducation pour la santé relève d'une démarche de promotion de la santé : elle ne s'adresse pas seulement aux comportements des jeunes mais à l'environnement qui leur est offert, elle interpelle tous ceux, qui, de par leurs responsabilités professionnelles ou leur mandat, exercent une influence sur la santé des jeunes.

4) L'éducation pour la santé bucco-dentaire des jeunes passe d'abord par la formation à l'éducation pour la santé de leurs enseignants, de leurs médecins, de leurs infirmières, de leurs chirurgiens-dentistes.

Oui mais quelle forme peut prendre cette formation ? Il est indispensable, pour enseigner l'éducation pour la santé, de suivre une démarche pédagogique analogue à celle que l'on recommande aux professionnels d'adopter vis-à-vis de la population avec laquelle ils travaillent. Le modèle éducatif mis en œuvre par les professionnels a en effet toutes les chances d'être élaboré sur le modèle de la formation qu'ils auront reçue.

Donc, si l'on se réfère à ce que j'ai dit précédemment, le processus de formation en éducation pour la santé débute par une exploration des préoccupations, des représentations et des expériences des participants qui permet de cerner la problématique du groupe en formation. Il se poursuit par des allers-retours entre :

- ce que les apprenants observent et expérimentent en situation réelle,
- les informations qu'ils recherchent auprès de personnes ressources et dans la littérature,
- les échanges avec leurs collègues et avec leurs formateurs qui leur permettent de faire l'analyse, la synthèse et l'évaluation de leurs acquisitions.

Les étudiants, en formation initiale, ou les professionnels, en formation continue, construisent ainsi leurs apprentissages, modifient progressivement leurs représentations et développent leurs compétences. Le formateur garantit le bon déroulement du processus, il accompagne la démarche des personnes en formation. On est là encore dans une démarche d'accompagnement, de construction collective et non pas dans une transmission unilatérale de connaissances.

La démarche de formation, rapidement décrite ici, paraît bien éloignée des méthodes traditionnellement utilisées en France dans les instituts de formation et les universités.

QUELS LEVIERS UTILISER POUR LA PRÉVENTION DES ADOLESCENTS ?

MADAME MARIE CHOQUET

Epidémiologiste, Directeur de recherche à l'INSERM

Dans un premier temps, je me propose de revenir sur la santé des jeunes dans une approche globale, afin de réinterpréter un certain nombre de données, en fonction de ce que nous savons aujourd'hui sur ce sujet.

Il convient d'abord de se mettre d'accord sur ce qu'est la santé envisagée, d'une part, par les adultes et les professionnels et, d'autre part, par les jeunes. Cette première confrontation montre que nous n'avons pas nécessairement la même vision des choses. Des décalages vont donc s'opérer. Quand on demande à un adulte de définir la santé, il répond : "C'est ne pas être malade, ne pas avoir une pathologie".

Lorsque l'on interroge les jeunes, ils parlent plutôt de bien-être. Questionnés sur leurs problèmes de santé, ils ne penseront pas à la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues, ni au suicide et à la dépression. D'ailleurs, ils ne se vivent pas comme tabagiques, consommateurs d'alcool ou suicidants. Ils évoqueront plus volontiers le rejet par rapport au groupe, leur isolement par rapport aux copains ou le manque d'amour de leurs parents.

Certes, les deux approches (celle du professionnel de santé, celle du jeune) sont nécessaires. D'ailleurs, nos enquêtes sur la santé des jeunes prennent en compte la médecine avec son corpus de connaissances et les traitements en rapport. Mais il convient de considérer à part entière la façon dont les jeunes réinterprètent au quotidien leur santé.

Si nous examinons les résultats des enquêtes épidémiologiques (qui ont porté depuis 10 ans sur plus de 30 000 adolescents), plusieurs champs apparaissent.

Tout d'abord, la santé somatique, un champ où il y a peut-être un assez grand accord sur "bien voir", "ne pas avoir de problèmes de dents", "ne pas avoir d'handicap". Mais pas toujours : les dents (ou handicaps) visibles font plus l'objet d'inquiétude que les dents (ou handicaps) non visibles ; la laideur peut être considérée comme un handicap bien plus invalidant qu'un diabète.

En revanche, dès que l'on aborde le champ de la santé psychosociale, des différences se font jour : les adultes vont évoquer le « passage à l'acte » qui regroupe les troubles de la conduite, la consommation de substances psychoactives, le suicide, la violence, l'absentéisme, la délinquance, la fugue, etc... alors que les jeunes parleront de violences subies, de racisme, de stress ou de mal-être…

Certes, les troubles peuvent se cumuler chez une même personne, les choses allant souvent de paire. Pourtant, il n'y a pas, d'un côté, les jeunes en bonne santé et, de l'autre, ceux en mauvaise santé. On observe plutôt des personnes relativement en bonne santé et ce que j'appellerais le continuum du "un peu, beaucoup, passionnément, à la folie en mauvaise santé". Plus on va crescendo, plus on trouve associés des

troubles et des conduites dans des champs très différents. Ce continuum est un point très important qui rend la prévention complexe.

Autre constat : tous les troubles sont sexués. Par exemple, au niveau somatique, les problèmes dentaires sont plus présents chez les filles. Dans les autres champs, on note aussi la prédominance d'un des deux sexes. En matière de santé psychosociale, le passage à l'acte avec, en particulier, la consommation, la violence ou l'accident, est plutôt de type masculin. En revanche, dès que l'on parle de troubles plus diffus, nous sommes davantage sur le versant féminin avec parfois des comportements allant de paire, comme le suicide ou les troubles de conduite alimentaire.

Par ailleurs, les troubles augmentent sensiblement avec l'âge, de façon continue entre 11 et 18 ans. Cela pose de nouveau un problème pour la prévention : que va-t-on conseiller ou ne pas conseiller ? A partir de quel âge commencer ? Les dichotomies que nous introduisons pour passer à l'acte de prévention sont parfois assez artificielles.

Comme je l'ai déjà dit, les troubles sont très associés les uns aux autres, mais pas nécessairement dans le champ de ce que nous attendons en tant qu'adulte, ou de ce que nous en connaissons sur la santé. A titre d'exemple, considérons deux comportements : la tentative de suicide prise en charge médicalement au moment de sa survenue ; et la fugue, prise en charge par le monde social et judiciaire éventuellement, s'il s'agit d'une fugue de mineur. Ces deux troubles - dont les modes d'intervention et les intervenants diffèrent - sont fortement associés l'un à l'autre. Du point de vue psychopathologique, ils relèvent d'une même problématique ; du point de vue professionnels, ils relèvent de deux types de pratiques bien distincts. Il faut donc réinterroger nos systèmes de compréhension et faire en sorte que tout cela s'accorde pour le bien-être des jeunes.

Penchons-nous à présent sur la genèse des troubles. En matière d'explications, il convient de rester modeste : nous n'avons pas nécessairement tous les éléments en main. On s'aperçoit toutefois que le niveau socioculturel joue un rôle très important sur la présence ou non des troubles somatiques. En revanche, dès qu'on entre dans le champ des troubles psychosociaux, comme le suicide, la consommation ou la fugue, ces facteurs ne sont plus déterminants. Or, nous avons tendance, notamment dans les actions de prévention, à parler de "jeunes défavorisés" et à appliquer ce modèle « interprétatif » à tous les champs de leur comportement. Voilà une attitude erronée, puisque tout ce qui est de l'ordre du psychosocial est plus lié au facteur relationnel, rattaché lui-même au facteur institutionnel, facteurs finalement peu associés au niveau socio-économique.

Un autre problème apparaît très nettement dans notre approche de la santé des jeunes. A propos des troubles et conduites, nous avons en tête un modèle stable et permanent. Or, en réalité, la signification même des conduites évolue dans le temps. Prenons un exemple classique : la consommation de cannabis. En quinze ans, la prévalence de la consommation a nettement augmenté et la signification même de ce comportement a évolué (actuellement la consommation de cannabis est moins fortement associée à d'autres troubles qu'avant). L'association entre un trouble (« variable à expliquer ») et un certain nombre de facteurs (« variables explicatives) peut donc changer, au point que ce trouble n'ait plus le même sens. Evidemment, en découle un mode d'intervention différent. La mise en place d'actions préventives suppose donc une connaissance de l'adolescent dans sa diversité mais aussi dans son évolution à travers l'histoire.

Alors, que pouvons-nous conclure des résultats d'enquêtes épidémiologiques au niveau de la prévention ?

Il me semble qu'avant de préciser toute action dans ce domaine, il faut savoir ce que l'on veut vraiment obtenir. Désire-t-on que les jeunes ne consomment pas ? Cela peut être illusoire. Veut-on qu'ils ne persistent pas dans leur consommation ou la consommation problématique ? Voilà une question essentielle et qui, pourtant, dans la majorité cas, n'est pas nécessairement posée avec autant d'acuité.

Sur ce point, il est très intéressant de considérer que ce que les adultes appellent "conduite à risques", ne correspond pas à grand chose, car toute vie n'est qu'une succession de risques. De plus, lorsqu'on interroge les adolescents, ils ne se perçoivent pas comme ayant une « conduite à risques », ils se voient comme un jeune vivant dans sa famille, avec les copains, à l'école et ayant des troubles, un mal-être liés à ce mode de fonctionnement.

Ensuite, il s'agit d'adapter les stratégies de prévention en fonction de deux variables essentielles. Tout d'abord, le sexe. Un garçon et une fille ne sont pas identiques. Pourtant, les actions de prévention prennent rarement en compte cette donnée. Récemment, l'INPES l'a fait avec des brochures cartons fiches. Ce sont des initiatives qu'il faut poursuivre. Mais les choses n'ont pas seulement besoin d'être repensées en rose et bleu, mais aussi selon l'âge. Avoir treize ans ou en avoir dix-huit, ce n'est pas la même chose. Et, là encore, dans la pratique, cette donnée ne rentre guère en ligne de compte.

Par ailleurs, l'information sur les dangers d'un produit ne permet pas de changer les comportements. Elle peut cependant s'avérer indispensable à certains moments, quand il y a une demande d'information sur une question particulière. Il ne s'agit alors pas d'apporter des informations générales qui, souvent, ne retiennent pas l'attention des jeunes (il en est de même pour les adultes), mais des informations ciblées. Il est nécessaire d'aborder l'adolescent de façon situationnelle, puisqu'il vit dans une situation donnée avec des problèmes à un moment précis, pour lesquels il cherche des réponses et des solutions. Tout en gardant à l'esprit - et c'est là toute la gageure d'un bon acteur de prévention - une approche globale de l'adolescent.

Le mode d'intervention dépend en outre des difficultés des individus. Puis, il doit prendre en considération la participation non seulement du sujet mais aussi de son entourage et, en particulier, des parents. Ces derniers sont plébiscités par les jeunes, qui entretiennent avec eux une relation globalement meilleure qu'avec les enseignants par exemple. Les données recueillies lors de nos enquêtes en témoignent.

Pour finir, il me semble qu'il y a divers niveaux d'actions de prévention à mener. Je pense tout d'abord aux actions concernant l'ensemble des jeunes, quels que soient leurs problèmes. Là, l'éducation à la santé revient à l'éducation tout court. On oublie parfois que l'essentiel de la vie d'une personne consiste aussi à retrouver ses repères, être valorisé, savoir pourquoi elle vit, ce qu'elle représente pour son entourage, afin de se construire. On ne peut faire de l'éducation à la santé en faisant abstraction de ces notions, de la valorisation du jeune ou de son quartier. A ce sujet, le discours sur les banlieues a été particulièrement dévastateur, car il touche dans le cœur des personnes leur mode de vie. Quand on critique les banlieues, cela met à l'écart un groupe de jeunes représentant à peu près 20 % de la population. La réalité est pourtant beaucoup plus subtile. Comme ailleurs, il y a dans les banlieues des gens qui vont bien, veulent bien faire, être des parents performants, aimant leurs enfants… Il est illusoire de vouloir construire des actions de prévention sur un brouhaha d'idées reçues et d'actions qui tendent plutôt à dévaloriser l'individu qu'à le valoriser et lui faire confiance.

Par ailleurs, il convient de mener des actions situationnelles pour la population générale. Il n'est pas pensable que l'on parle, par exemple, de l'alcool au volant sans aller à l'endroit où les jeunes prennent le volant après avoir bu. Il faut donc intervenir au moment même où le problème se pose…

On sait aussi que la précocité et la répétition des troubles sont des indicateurs très forts, permettant de détecter les jeunes susceptibles de se retrouver en grandes difficultés. Il faut en tenir compte pour éviter que leur situation ne se dégrade. On sera attentif aux troubles plus diffus, moins connus et pas nécessairement considérés comme des symptômes graves. Le mal-être peut parfois se traduire par des maux de tête, des maux de ventre, etc… qui peuvent devenir des troubles du comportement graves (types violences) si on ne les prend pas en compte comme des signes de malaise. Et puis, il y a bien sûr l'intervention auprès des jeunes en grandes difficultés. Environ 10 à 15 % d'entre eux sont concernés par ce type de problème. On rentre alors dans le circuit des soins, dans un champ médical (mais aussi social et éducatif) plus classique où l'on sait évidemment qu'un jeune déprimé a besoin de médicaments, d'une thérapie, d'un soutien éducatif et d'un accompagnement social…

Enfin, un dernier point, particulièrement important : la cohérence et l'harmonisation globales des messages et actions. Nous en sommes encore loin. Et aujourd'hui, si j'avais une priorité à donner entre « mener des actions auprès des jeunes », ou « réfléchir à ce que les adultes pourraient faire ensemble », je mettrais volontiers les moyens sur ce deuxième axe.

QUELLE DÉMARCHE MARKETING POUR LES ADOLESCENTS ?

MADAME ANNIE LLORCA

Présidente de l'Agence Planet Kids & Ados

Les adolescents constituent une cible très difficile à comprendre et à conquérir, tous les annonceurs et les agences de communication le savent.

Alors qu'il est déjà délicat de s'adresser à eux pour des produits ou services qui les attirent comme les vêtements, les nouvelles technologies par exemple, travailler dans leur direction dans l'univers de la santé est toujours périlleux mais réellement indispensable, à l'image de ce qui existe en matière de prévention routière entre autre.
Les adolescents ont tous plus au moins tendance à s'imaginer que les problèmes de santé ne peuvent les toucher : ils sont jeunes et en pleine possession de leurs moyens physiques : l'intégrité de leur corps leur semble durable… éternellement !

Les marques sont présentes essentiellement sur des cibles plus jeunes où la notion de prévention est plus vive et surtout plus aisée à faire comprendre, à faire entendre en particulier avec le relais des parents : ce qui est beaucoup plus difficile sur la cible des adolescents

Malgré ce contexte et le mental de ces jeunes en matière de santé, il est important de se placer dans un axe préventif et mettre en place des actions de communication spécifiques auxquelles ils seront sensibles en s'inspirant de ce qui fait la réussite des grandes marques de consommation : s'en inspirer tout en inventant une nouvelle forme de communication pertinente : adaptée à la fois à la notion de prévention et à ce public spécifique.

LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ DES ADOLESCENTS LES LIMITES DU SYSTEME

DOCTEUR PATRICK ALVIN,

Pédiatre, Chef du Service de Médecine pour Adolescents au CHU Kremlin Bicêtre

L'attention que nous portons aujourd'hui à l'adolescence, à la médecine et à la santé de l'adolescent est certainement un luxe tout autant qu'un paradoxe d'une société moderne que l'on pourrait définir comme en crise « adolescentrique ». D'un côté, le juvénile est valorisé comme modèle de santé, de vigueur et de consommation et en écho, les appâts sociaux à l'adresse des jeunes font de plus en plus l'éloge des envies immédiates, des sensations, de la libération des énergies, etc... D'un autre côté, la question de la santé des adolescents est très souvent présentée comme se résumant aux « troubles psychosociaux » et à leurs conséquences, troubles dont l'adolescence serait à la fois le seul support et l'unique explication, en particulier dans les champs de la civilité, de la sexualité, des accidents et, de plus en plus actuellement, de la « santé mentale » au sens large. Ce mélange de fascination et de peurs diverses est à l'origine de beaucoup de confusion et de subjectivité sur ce thème de la santé et de la pathologie à l'adolescence. Il risque surtout de nous faire oublier ce que l'adolescence dite « normale » a toujours comporté de « déviances » et de turbulences, au sens où Winnicott par exemple l'entendait. Peut-être serait-il plus approprié de d'abord et simplement reconnaître en l'adolescence une période de développement rapide où les interactions entre cadre familial, conditions d'existence, style de vie et comportements, santé physique et équilibre psychique sont toujours, et par définition, assez denses.

Toujours est-il que dans le discours commun et dans une perspective du « meilleur des mondes », on aimerait que les jeunes respectent leur hygiène, mangent équilibré, consomment suffisamment de calcium, fassent du sport... On aimerait sûrement aussi efficacement les dissuader de tester leurs limites dans la rue ou sur la route... leur ôter l'envie de fumer, de consommer de l'alcool en excès, d'expérimenter les drogues qui circulent... On aimerait qu'ils vérifient leurs vaccinations, et que, lorsqu'ils deviennent sexuellement « actifs », ils se protègent contre les infections sexuellement transmises et évitent les grossesses précoces. Lorsqu'ils sont malades, on aimerait qu'ils soient toujours fidèles à leurs rendez-vous et qu'ils suivent leurs prescriptions. On aimerait qu'ils évitent de recourir à la violence ou aux conduites suicidaires... On aimerait enfin qu'ils ne tardent pas à faire appel aux professionnels compétents chaque fois qu'ils ne se sentent pas bien. Peut-être aimerions-nous finalement que pour leur bien, les adolescents restent de grands enfants ? Ce serait ignorer l'évidence qui veut qu'un adolescent normal ne fasse pas que « montrer sa croissance » : il cherche surtout à devenir maître de son corps et de sa vie et ce processus difficile implique obligatoirement essais et découvertes, risques et mises à l'épreuve, non sans conséquences potentielles sur la santé. Une fois cela bien compris, la question qui se pose en premier est celle des priorités. Entre la couverture vaccinale, la détection des humeurs suicidaires, la vérification de l'hygiène dentaire ou encore le dépistage des problèmes scolaires... que choisir ? Autrement dit, devant un adolescent, faut-il sortir son stéthoscope, son abaisse langue, orienter vers un psychiatre, demander conseil auprès d'une assistante sociale ou téléphoner au Comité Français d'Education pour la Santé ? Au cours d'un exposé sur la santé des adolescents, parle-t-on de la même manière à des somaticiens, des psychiatres, des travailleurs sociaux ou des spécialistes en santé publique, ou encore à des parents ? Lorsque l'on veut se

documenter sur la santé des adolescents, faut-il lire plutôt les Archives de Pédiatrie, les Annales de médecine interne, Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent ou encore le dernier Baromètre santé-jeunes ? Entre la bibliothèque universitaire et la prolifique littérature pour grand public sur les « Ados », que choisir ?

C'est pourquoi il me semble indispensable que nous nous interrogions d'abord sur les significations mêmes que peuvent recouvrir, dans les représentations des uns et des autres, le terme « adolescents » d'une part et le terme « santé » d'autre part.

L'adolescence : Quand devient-on, quand cesse-t-on d'être adolescent ?

L'adolescence est une période de développement rapide, stimulée par la métamorphose pubertaire. Mais elle n'est certainement pas réductible à la simple juxtaposition ou coexistence de caractéristiques infantiles et adultes chez un même sujet. Pour les anthropologues, l'adolescence en tant que problématique de passage apparaît universelle, centrée sur l'avènement de la sexualité et « traitée » diversement par chaque culture.

En Amérique du nord, les termes « adolescents » et « teenagers » sont traditionnellement synonymes et désignent les individus âgés de 13 à 19 ans. Même si 13 ans apparaît un bornage un peu tardif pour les filles, cette définition consacrée s'avère appropriée pour la plupart des travaux cliniques. Pour l'Organisation mondiale de la santé, sont adolescents les individus âgés de 10 à 19 ans. Si 10 ans peut cette fois paraître un peu précoce pour les garçons, cette fourchette correspond toutefois à la segmentation faite par beaucoup des travaux épidémiologiques. Quant à nos statistiques de mortalité, elles restent exprimées par tranches de 10 ans, ce qui explique les fréquentes références à la fameuse tranche des 15-24 ans, à mon avis un peu trop vite et abusivement assimilée à l'« adolescence ».

D'autres exemples nous montrent à quel point les mêmes termes peuvent revêtir des significations différentes selon les professionnels. Ainsi, les psychanalystes réfèrent à l'adolescence surtout en tant que corollaire psychique de la puberté. Mais les processus d'autonomisation et de socialisation se prolongeant actuellement souvent au-delà de 18 ou 20 ans, beaucoup parlent maintenant des « jeunes » en incluant les 20-24 ans, soit les « jeunes adultes ». Quant à la pré-adolescence, elle renvoie pour les somaticiens aux individus pré-pubères ou en tout début de puberté indépendamment de l'âge chronologique, alors que pour les spécialistes en santé mentale, ce même terme désigne plutôt les individus âgés de moins de 15 ans, indépendamment de leur maturation pubertaire. Enfin, et comme pour encore compliquer notre affaire, la convention pour les droits de l'enfant, dans son article premier, englobe tout simplement l'adolescence dans l'enfance : « un enfant s'entend de tout être humain jusqu'à l'âge de dix-huit ans ».

Au-delà de toutes ces définitions, à bien connaître afin d'éviter les erreurs de représentation ou d'interprétation, la tonalité dominante de l'adolescence reste quand même bien l'expérience du changement. « *Quand on est soi-même en train de changer, on ne s'en aperçoit pas avant d'avoir changé. J'ai changé, et même en profondeur, totalement et en tout. Mes opinions, mes conceptions, mon regard critique, mon aspect extérieur, mes préoccupations intérieures, tout a changé…* ».

Par cette affirmation, Anne Frank nous dit bien à quel point l'enjeu est de « montrer sa croissance » et surtout d'exister en tant que personne. Cet « *Adolesco ergo sum !* » expose bien entendu aux regards et aux jugements des autres, et plus encore aux incertitudes quant au sentiment de compétence personnelle (assises narcissiques) et à l'image de soi. L'adolescence, au-delà des apparences, restera toujours une période vulnérable… La question, aujourd'hui, reste de savoir de quelle période de la vie exactement nous parlons. Pour certains historiens et sociologues, l'adolescence moderne serait en effet surtout culturelle : son début en tant que fait social (ou de mode : les « ados ») ne dépendrait pas tant de la puberté que de promoteurs spécifiques à notre environnement contemporain, et sa fin serait devenue très incertaine. Il est vrai que les grands enfants, avant même la fin du primaire, sont de plus en plus nombreux à ressembler à

des « ados » dans leur apparence vestimentaire, leurs attitudes, leur langage, etc... et ce nouveau syndrome de « l'enfant pressé » est indépendant de la maturation pubertaire. Il est également vrai que l'état d'adolescence est devenu une étape intermédiaire de plus en plus étirée dans le temps. Devrons-nous finir par assimiler l'adolescence à son image telle que sont en train de nous la construire les médias, de la « graine de star » au « lofteur », sans parler de ces nouveaux adultes hybrides de la génération dite « Casimir », alias les « adulescents »... ?

La santé : Qu'entend-t-on par « santé » ?

Il était simple, le temps où on était malade ou bien portant... Dans sa définition contemporaine la plus large, la santé est devenue d'autant plus difficile à définir qu'elle intéresse l'ensemble des phénomènes de la vie. Le concept même, dans sa dimension heuristique, concerne à présent autant les facteurs de risque ou de vulnérabilité que les capacités de résilience. De plus, il peut s'appliquer autant à une infection qu'à un gêne défectueux, à une maladie qu'à une conduite, un style de vie, un mode de pensée, voire une croyance... Jules Romain, dans son Knock (1923), l'avait d'ailleurs bien pressenti en lançant son célèbre slogan : « Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent » !

Il est vrai que la dérive serait de finir par étendre le champ de la santé aux confins de l'existentiel, dans une sorte de vision pan-médicalisée de l'individu, en lui-même et dans son rapport au monde. Quand on voit à quel point le « label santé » a envahi toute la consommation courante, on se dit que c'est d'ailleurs déjà fait... Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si notre bureau de surveillance de la publicité vient de lancer un cri d'alarme au sujet de toutes ces marques qui utilisent l'argument « santé » à tort et à travers pour mieux vendre leurs produits. Un peu dans la même veine, une étude récente de l'Insee sur l'évolution des habitudes alimentaires des Français, telle que reprise dans la presse en mai dernier, mérite ici un petit commentaire : alors que globalement, nous mangeons plus équilibré qu'auparavant, on apprend que les jeunes en revanche se livrent à une véritable « malbouffe » (sic), jugée très inquiétante eu égard à la montée de l'obésité, etc. Le commentaire du journaliste est impitoyable : « sodas avalés à toute heure du jour, fast-food avec ses cortèges de hamburgers et de milkshakes dégoulinants, bonbons et barres de chocolat grignotés pour un rien, les jeunes Français rattrapent les **kids** américains ». Certes, au-delà de l'exagération, ces propos viennent opportunément rappeler que les enjeux de la santé des adolescents sont beaucoup plus liés à leurs styles de vie qu'à une nosologie bien précise, et que c'est donc **l'équilibre sanitaire dans son ensemble** qui devrait être à cet âge la préoccupation principale du soin comme de toute politique préventive. Mais ce genre de propos, du fait même de son exagération, vient encore une fois étiqueter les adolescents comme les « mauvais élèves » du système.

Le risque éthique est ici assez clair : une définition de plus en plus normative de la « bonne » et de la « mauvaise » santé et une éducation pour la santé à l'adresse des « jeunes » de plus en plus teintée de morale car en fait basée sur une idéologie opposant le bien et le mal. Dans cette optique, faire du sport ou ne pas fumer à 15 ans serait « bien », avoir une corpulence supérieure à 20 kg/m2 ou se faire un **piercing** à 15 ans serait « mal »... En poussant le trait et pour les besoins de démonstration de certains, être adolescent serait finalement déjà pathogène en soi. Ne voit-on pas, dans certaines publications, la sexualité listée comme une conduite à risque au même titre que le tabagisme ou la conduite à deux-roues ? Que penser, autre exemple, de l'emploi du mot « sémiologie » (qui, rappelons le, s'applique aux maladies) à propos de la grossesse à l'adolescence ? Ou encore du terme « récidive » (qui s'applique là encore à certaines maladies mais surtout aux crimes et délits), pour parler d'une répétition suicidaire ? Fort heureusement, les adolescents sont les premiers à nous démontrer l'absurdité de tels abus potentiels et à déjouer leur risque de transformer la santé en une justification élaborée de contrôle social. Leurs représentations sur la santé sont d'ailleurs plus globales, plus empreintes d'affectivité et souvent bien lointaines des schémas nosographiques classiques des professionnels que nous sommes. Certes, la prévention est parfois le cadet de leur souci, mais il faut aussi reconnaître leur compétence à souligner, avec humour parfois, certaines de nos contradictions d'adultes dans ce domaine. Enfin tout de même, sachons aussi regarder le bon côté des choses : certes,

l'adolescence est la période de la vie où la consommation de soins est la plus basse, mais les réseaux sentinelles ou les enquêtes faites auprès des jeunes nous indiquent un évident recours au médecin, surtout de la part des filles. Comme par hasard, au premier rang des motifs de consultation, identiques d'ailleurs pour les deux sexes, on trouve les problèmes dentaires et les troubles de la réfraction oculaire… !

Tout cela nous amène donc logiquement à parler maintenant de l'abord de la santé des adolescents. Qu'il s'agisse du soin ou de la prévention, nous sommes dans ce domaine toujours face à un risque de malentendu.

Les risques de malentendus

● Dans le domaine du soin tout d'abord, il nous faut impérativement réfléchir à la relation médicale - en consultation de ville surtout mais aussi à l'hôpital -, son contexte d'initiation, son attractivité comme sa capacité de mise en confiance et de détection à cet âge sensible. Pour beaucoup d'adolescents, a fortiori pour les plus susceptibles ou les plus insécurisés, cette relation peut être ressentie comme intrusive et potentiellement dangereuse. Avoir « besoin » de quelqu'un, c'est forcément lui donner un certain pouvoir sur soi… et cela n'est pas toujours tolérable.

● Dans le domaine de la prévention ensuite, il ne faut certainement pas être naïf ni vouloir tout régler à la fois. Les adolescents n'aiment pas les grands prêches et les plus en difficulté sont de toute façon les plus imperméables aux messages préventifs ordinaires ; et s'il est vrai qu'il vaut mieux penser la santé globalement sans dissocier les diverses conduites à risque, on sait aussi que « qui trop embrasse souvent mal étreint ». Il faudrait également réfléchir aux campagnes officielles comme à nos propres propos à l'adresse des jeunes, qui ont inévitablement un arrière-goût de : « si tu aimes quelque chose, c'est forcément dangereux pour ta santé »… Enfin, toute recommandation trop insistante peut être jugée suspecte, voire devenir sujet d'affrontement, d'autant plus que les conseilleurs eux-mêmes ne brillent pas toujours par l'exemple.

● Enfin, et pour toutes ces raisons, dans cette discussion sur les « limites du système », il semble impossible d'esquiver la question de la formation des professionnels concernés et celle d'une certaine spécificité des équipes et des lieux dédiés à l'accueil ou aux soins des adolescents.
La question plus générale est en effet de savoir si c'est aux adolescents de satisfaire à une certaine image, à certaines définitions, et de s'adapter bon an mal an au système de soins tel qu'il est, ou au contraire au système de santé de voir les adolescents au-delà de leur image, dans leur « biodiversité », et de s'adapter à eux tels qu'ils sont.

Les particularités du soin et de la relation de soin

En consultation avec un adolescent, certaines particularités sont à bien connaître.

● C'est en général une personne de **l'entourage** (la mère, bien souvent) qui formule une demande, en lien ou non avec la demande propre du jeune adolescent. Cette configuration fréquente, source classique de confusion ou de contresens dommageables, demande à ce que les objets de soins des uns et des autres soient compris et gérés comme des entités **a priori** séparées (à chacun sa relation de soins), même si en définitive tout est évidemment lié.

● L'adolescent a en général du mal à formuler l'objet de soins qu'il cherche plus ou moins confusément à proposer comme tel. C'est alors au médecin, autant que faire se peut, de l'aider dans cette formulation. Trop souvent, on oublie qu'un bon **examen physique commenté** peut beaucoup faciliter l'entrée en matière.

● L'objet présenté par l'adolescent ou son entourage, s'il mérite toute l'attention du médecin ou de l'infirmière, n'est pas ipso facto destiné à devenir un objet de soins concrétisé par un « traitement ». Ce cas de figure est très courant : une préoccupation sur l'image corporelle, qui ne conduit pas à un régime quelconque ; une humeur dépressive, qui ne justifie pas un anti-dépresseur, etc...

● Lorsque l'objet de soins initial semble clair et circonscrit : traumatisme, céphalées, acné, dysménorrhée, etc., il arrive qu'il ne s'agisse que d'un « faux-ami », un arbre qui cache la forêt : conflits familiaux, dépressivité, idées suicidaires, etc... Menée à l'ordinaire, une telle consultation ne peut valablement aboutir. Le travail consiste ici au contraire, sans pour autant négliger la plainte initiale, à élaborer et légitimer un ou plusieurs objets de soins plus adaptés à la situation. Inutile de dire que cela peut prendre du temps…

● Lorsqu'un ou plusieurs objets de soins très différents mettent en jeu **plusieurs professionnels** à la fois, le médecin ou l'infirmière n'est que l'un des intervenants concernés : adolescent asthmatique, victime de violences subies, placé, fugueur et déprimé. Le **travail en réseau** nécessaire ici est alors sous-tendu par **plusieurs relations de soins ou de « travail »,** qu'il importe surtout de gérer de la façon la plus coordonnée possible. Le risque est ici que les divers objets du suivi ne soient pas tous bien compris ou partagés par l'adolescent lui-même ou son entourage, avec les dérapages prévisibles que cela peut entraîner. Nous retrouvons ici le besoin fondamental d'un **professionnel référent** et d'une **approche méta-disciplinaire** des problèmes de santé à l'adolescence. À cet âge plus qu'à tout autre, **c'est aux soignants de s'organiser autour du patient et non à celui-ci de se débrouiller face à l'éclatement des intervenants.**

Ainsi et pour résumer, avec les adolescents, les **risques de malentendus dans la relation de soins** sont plus fréquents qu'aux autres âges de la vie, et ceci tient principalement à trois facteurs :

● A l'adolescence, le climat familial et le contexte psychosocial ont une forte influence sur l'équilibre affectif et les comportements de santé au sens large ; introduire ou réintroduire les parents dans la résolution ou l'accompagnement des problèmes est toujours nécessaire, et ce paradoxalement d'autant plus que les souhaits d'émancipation de l'adolescent sont plus forts.

● A l'adolescence, tout ce qui touche au corps est instantanément source de questionnements, mobilise fortement l'image de soi, la pudeur, les mouvements affectifs ; en miroir, tout ce qui touche aux émotions, à l'humeur se traduit volontiers en symptômes, préoccupations ou messages corporels souvent flous au départ. C'est la période par excellence où tout peut sembler épars, morcellé… et où pourtant tout est fondamentalement lié.

● A l'adolescence, il est difficile d'ignorer les effets délétères de la **précarité relationnelle** sous toutes ses formes. Or notre environnement est celui d'une société en évolution rapide, faisant une large place aux valeurs personnelles, aux performances et peut-être plus encore à l'apparence, plus riche en possibilités mais aussi en incertitudes ou mises en échec face à l'avenir. Certains d'adolescents, à peine sortis de l'enfance, se retrouvent pris dans les tenailles de ce paradoxe ambiant. Ils en subissent directement les effets, ne sachant ni les gérer ni où trouver une aide adaptée à leurs besoins. Ils peuvent alors se montrer particulièrement méfiants vis-à-vis des structures de soins traditionnelles, qui en conséquence les connaissent mal.

Par voie de conséquence, avec un adolescent, il semble que l'approche à la fois la plus immédiatement pertinente et la plus apaisante soit l'**approche médicale élargie**. Cette approche, « généraliste » dans l'esprit, comporte évidemment l'écoute et l'examen physique du corps. Mais pour porter ses fruits, un tel examen mérite d'être conduit dans une dimension de surprise et de découverte partagée, de travail symbolique et de **projection vers d'autres champs**. Car le soin à cet âge restera toujours sous-tendu par les questions fondamentales relatives aux transformations corporelles plus ou moins bien vécues de la puberté, au fait d'acquérir un corps sexué d'homme ou de femme, à la redéfinition parfois critique des

en étroite relation avec une famille - la sienne - aux caractéristiques elles-mêmes bien spécifiques. Prenons donc garde à ne pas trop prendre au pied de la lettre cette tranche d'âge ou sa « culture » apparente du moment, à ne pas y projeter trop vite nos propres inquiétudes, à ne pas nous en désolidariser au moindre problème « comportemental », au prétexte... de ne rien y comprendre. A l'inverse, accordons la plus grande attention à la clinique de l'adolescent au quotidien, celle qui normalement devrait s'exercer tous les jours au cabinet du pédiatre ou du généraliste, en médecine scolaire ou encore à l'hôpital... car une grande originalité de cette clinique particulière est de ne pas opposer les disciplines, d'être source permanente d'enseignement et de concerner tous les professionnels de bonne volonté.

Quel que soit le lieu, cette pratique du colloque et de l'examen singulier, où « prendre soin » d'un adolescent devrait toujours être synonyme d'engagement et d'approche personnalisée, demande un certain professionnalisme et mérite un minimum de formation spécifique. Hors ces rencontres concrètes, autant d'occasions d'accompagnement et de véritable partage de compétences entre professionnels et adolescents, on peut craindre en effet que beaucoup des concepts en vogue de médecine préventive et de santé publique à l'adresse des « jeunes » restent à l'état de simples déclarations d'intention.

Pour en savoir plus :

P. Alvin, D. Marcelli. Médecine de l'adolescent. Paris, Masson 2000

LES MESURES DE PRÉVENTION DENTAIRE MISES EN ŒUVRE PAR L'ASSURANCE MALADIE AU PROFIT DES ADOLESCENTS

MADAME AUDREY MANUGUERRA

Chargée des Relations auprès des Chirurgiens-Dentistes au sein de la Mission des Professionnels de Santé de la CNAMTS

Je suis ici pour vous parler des mesures de préventions dentaires mises en œuvre par l'Assurance Maladie au profit des adolescents.

En premier lieu, beaucoup de choses ont été dites aujourd'hui, essentiellement sur le bilan bucco-dentaire qui, vous vous en doutez, est l'une des principales actions de l'Assurance Maladie en direction des adolescents.

Je vais quand même essayer de vous dire ce que l'on fait aujourd'hui en matière de prévention, principalement au niveau des adolescents. J'espère également vous donner quelques éléments sur ce que l'on ambitionne aujourd'hui au sein de l'Assurance Maladie en matière de prévention bucco-dentaire.

Un dispositif spécifique en direction des adolescents : le bilan bucco-dentaire.

Son origine ?

C'est un dispositif conventionnel créé en 1997 signé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et les Syndicats qui, à l'époque, étaient la CNSD et l'UJCD. Il est inscrit, élément très important, dans le corps même de la convention qui unit la profession dentaire et les Caisses d'Assurance Maladie. C'était pour nous la traduction de la volonté de faire de la prévention un sujet fort en matière dentaire.

A qui s'adresse le BBD ?

Cela a été dit tout au long de la journée, ce sont les adolescents âgés de 15, 16, 17 et 18 ans, soit une cible d'environ 3 millions d'adolescents chaque année. L'objectif principal est de responsabiliser ces jeunes afin qu'ils aillent chez leur chirurgien-dentiste régulièrement.

Comment ça fonctionne ?

Une invitation émanant de l'Assurance Maladie est envoyée 1 mois avant la date anniversaire de l'adolescent. Celui-ci a trois mois pour se rendre chez un chirurgien-dentiste conventionné ou dans un centre

de santé. Suite à l'examen de dépistage, l'adolescent a 6 mois pour réaliser les soins consécutifs nécessaires.

Plusieurs difficultés avaient été recensées quant à la réelle utilisation de ce bilan bucco-dentaire par les adolescents :

- 1re difficulté : nous le savons, aller chez son chirurgien-dentiste en l'absence de besoin de soins ressentis n'est pas évident,
- 2ème difficulté : il existe un frein financier,
- 3ème difficulté : c'est un adolescent qui est concerné.

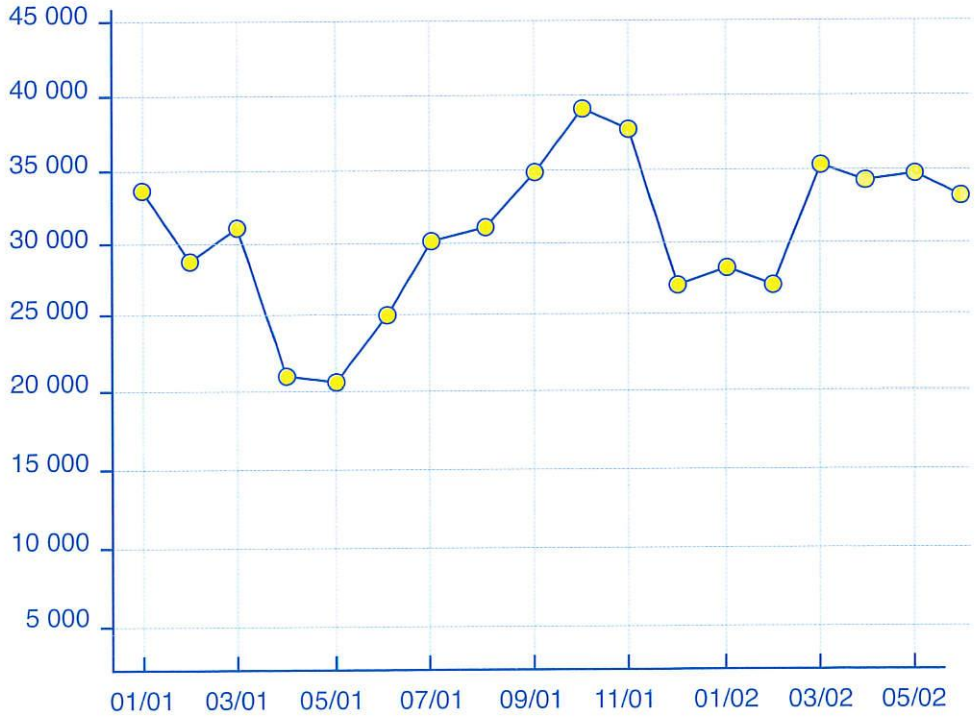
La première voie sur laquelle l'Assurance Maladie a souhaité intervenir immédiatement a été celle du frein financier. C'est pourquoi cet examen de dépistage est gratuit et les soins consécutifs pris en charge à 100 %.

Nous savons qu'au regard de toutes les remontées que nous pouvons avoir sur le bilan bucco-dentaire par les Caisses, par les Professionnels de santé, par les Associations que, peut-être, ces soins consécutifs devraient être pris de façon gratuite, en dispense d'avance de frais. Il s'agit d'un point délicat.

Pour information, le financement de ce bilan bucco-dentaire est un peu complexe : le 1er examen de dépistage est financé par le FNPEIS ; les soins étant pris en charge à 70 % par le risque et à 30 % par le fonds d'action sanitaire et social (qui dépend des Caisses).

■ Quelques résultats…

Evolution du nombre de consultations dépistages

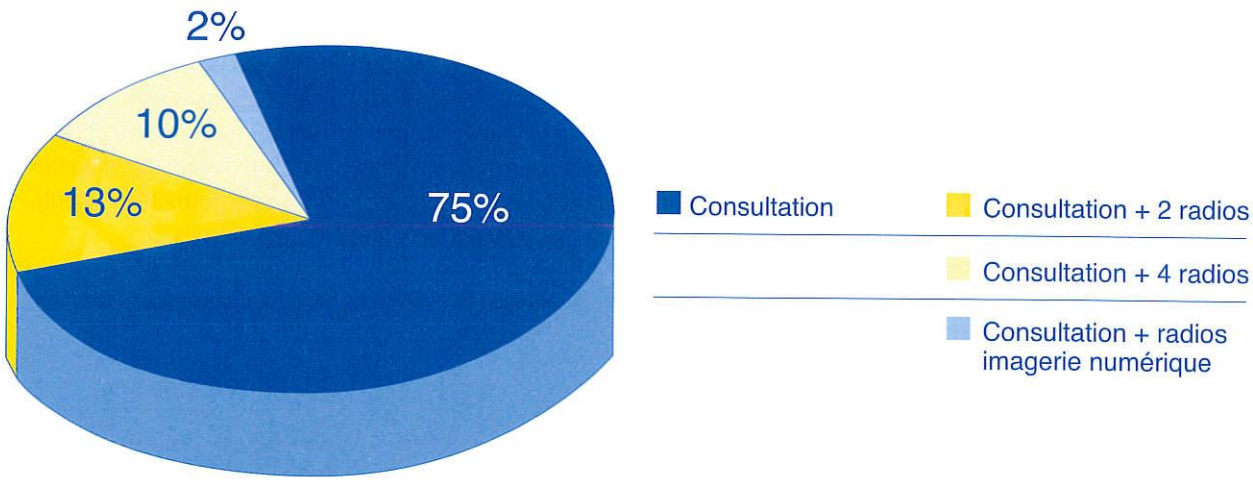


Les résultats ne sont pas assez importants. Néanmoins, depuis quelques mois, vous constaterez sur le tableau ci-après qu'ils sont en train de remonter, et de remonter plutôt favorablement.

Nous nous sommes beaucoup intéressés à cette baisse du bilan bucco-dentaire. Un élément principal est apparu : la convention nationale des chirurgiens-dentistes arrivait à échéance en juin 2001 et vous constaterez que les chiffres ont baissé à l'approche de juin 2001 notamment. De ce fait, les Caisses ont pensé, et d'une façon générale, les personnes impliquées pour ce bilan bucco-dentaire que, peut-être, ce bilan bucco-dentaire allait s'arrêter avec la fin de la convention des chirurgiens-dentistes. Peut-être avons-nous mal communiqué autour de nos projets sur ce bilan bucco-dentaire… La deuxième baisse peut s'expliquer par le fait que l'Assurance Maladie a eu des problèmes techniques d'informatique pour l'envoi des prises en charge. Celui-ci a été mal réalisé pendant 3 mois.

Aujourd'hui, le BBD remonte : il touche environ 15 à 20 % des adolescents. En ce qui concerne les régions, ce sont toujours les mêmes qui arrivent en tête de taux de participation (la Bretagne par exemple) et les mêmes qui sont un peu en retard (exemple : Ile de France).

- Voici, ci-après, la répartition du type de consultation.



L'Assurance-Maladie a été surprise que les chirurgiens-dentistes ne profitent pas de valorisations de consultations plus importantes et qu'ils se contentent, à ce titre, d'une consultation simple, sans radio, pour faire cet examen de dépistage.

Pour ce qui concerne les résultats des soins consécutifs, le Dr BAILLON-JAVON vous a indiqué ce matin que, contrairement à ce que nous avons pensé dans un premier temps, les adolescents ont bien répondu à la mise en place de ceux-ci. Ils faisaient bien réaliser ces soins consécutifs la plupart du temps. Cependant, il y a une petite cible que nous n'arrivons pas à atteindre.

Autre information plutôt médicale (je vous la livre avec réserve) : 72 % des soins consécutifs sont des obturations coronaires et les dents les plus touchées sont les molaires, ce qui nous conforte dans notre volonté d'agir sur les scellements de sillons.

Cette dernière donnée nous indique qu'il est nécessaire de combiner les actions. Il doit y avoir un maillage tout au long de celles-ci, de l'enfance à l'adolescence, pour que les actions spécifiques répondent

aux besoins des enfants et des adolescents.

Les dépenses en matières de remboursements des soins consécutifs s'élèvent à environ 3-4 millions d'euros, suivant les années.

Le devenir du dispositif :

Aujourd'hui, nous constatons que ce dispositif commence à être connu. Ce fut long et difficile, mais cela commence à porter ses fruits. L'Assurance Maladie souhaite le renforcer et nous envisageons, à l'heure actuelle, les conditions et les possibilités d'un élargissement aux 13/14 ans. Des discussions pourraient aboutir bientôt.

Vous l'aurez tous compris, notre volonté est de dresser un canevas à travers les âges de la prévention. Nous pourrions ainsi lier l'examen des 6/12 ans (cet examen obligatoire qui devrait rentrer en vigueur dans les mois qui viennent) et élargir le bilan bucco-dentaire aux 13/18 ans.

Pour cela, nous en sommes conscients, un simple élargissement ne suffira pas. Il est indispensable de renforcer nos actions de communication en direction des bénéficiaires et des parents.

Je pense qu'aujourd'hui, bien des choses ont été dites et nous essaierons d'en tirer le plus grand profit. De même, nous attendrons le compte rendu de la réunion de demain. Ensuite, en effet, nous souhaiterions améliorer ce dispositif au regard des nombreux résultats et études qui sont en cours ou qui viennent de paraître. Il y a notamment une enquête importante qui est réalisée par le CREDES et qui devra paraître dans le mois à venir sur ce bilan bucco-dentaire. Celle-ci pourra nous donner beaucoup d'éléments d'appréciation sur la perception de ce dispositif par les jeunes et par leurs parents, mais aussi permettra d'identifier les freins principaux qui ont entraîné des résultats moins importants que ceux escomptés.

Nous intervenons également en matière de prévention à travers d'autres actions qui se déclinent de plusieurs façons :

D'une part, agir sur la nomenclature :

Un acte était demandé depuis très longtemps et avait fait l'objet d'une expérimentation depuis plusieurs années. Il a été introduit à la nomenclature le 23 janvier 2001.

Cette inscription à la nomenclature d'un acte de prévention bucco-dentaire, le scellement de sillons est une première. La cotation est SC 8 (18,90 Euros). Voici, ci-après, quelques éléments sur sa progression chiffrée.

Nombre d'actes SC8 exécutés par les dentistes libéraux pour les enfants de moins de 15 ans



Actuellement, nous touchons une cible de 10 à 12 % des bénéficiaires potentiels de cette tranche d'âge jusqu'à 14 ans. C'est une montée en charge qui, pour l'instant, est satisfaisante et qui sera relayée très probablement par des actions en direction des professionnels mais également par des actions de communication en direction des parents et des enfants pour faire connaître cette mesure.

- **D'autre part, le dispositif des 6/12 ans :**

Ce dispositif était inscrit dans la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2002. Il n'a pas encore vu le jour. Il faut encore que quelques textes réglementaires se mettent en route pour que les enfants aient la chance d'en bénéficier. Son principe ressemble beaucoup au bilan bucco-dentaire : un examen de dépistage gratuit et des soins consécutifs qui seront pris en charge à 100 %, avec une petite différence cependant : ce sera un tiers payant coordonné.

Pour le reste, les modalités de cet examen de qualité des 6/12 ans ne sont pas encore connues. Je pense qu'elles sont en discussion au sein du Ministère, principalement de la DGS.

La cible est les enfants de 6/12 ans. Ce sont des âges prioritaires. Cette action se combine, avec les scellements de sillons.

Enfin, je voulais juste vous dire un mot sur les initiatives régionales. Par ma fonction, je discute beaucoup avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et toutes, pour la plupart, sont vraiment enthousiastes à l'idée de participer à des actions de prévention bucco-dentaire. Il y a environ 1 an, à la demande du Ministère nous sollicitant sur les actions envisageables en matière de prévention bucco-dentaire, nous avons fait une enquête et nous avons voulu savoir ce qui se passait dans nos régions. Nous nous sommes rendus compte, et c'est considérable parce que c'est à leur simple initiative, que 80 % des cas sont des actions significatives en matière de prévention bucco-dentaire. Le plus souvent, elles ont lieu en partenariat avec des associations spécialistes de la santé bucco-dentaire. La cible privilégiée est les 5 ans, les 12 ans. L'intervention la plus fréquente est en milieu scolaire et les financements sont très multiples, mais j'ai voulu vous en signifier 2 (les fonds d'ASS et le FNPEIS.)

Conclusion

Je veux juste insister sur 2 points. Nous sommes particulièrement convaincus, au sein de l'Assurance Maladie, que, pour améliorer l'état de santé bucco-dentaire des français aujourd'hui, nous disposons de 2 moyens d'actions :

Le **1er moyen,** le plus évident et qui fait peut-être le plus de bruit aujourd'hui (pas dans cette assemblée mais ces derniers temps), était de permettre une diminution du reste à charge des ménages sur leur consommation dentaire. Aujourd'hui, la répartition des soins dentaires est la suivante :

- 1/3 payé par l'Assurance Maladie,
- 1/3 payé par le régime obligatoire,
- 1/3 restant à la charge des ménages.

Un plan pluriannuel a été envisagé. Ce projet est évalué à plus de 11 milliards de Francs remboursés. Il est donc bien évident que sa mise en œuvre sera complexe, peut-être longue. Ma jeunesse et mon enthousiasme naturel me font penser qu'un jour, ce projet ou un autre verra le jour. Néanmoins, comme je travaille depuis quelques années à l'Assurance Maladie, j'ai appris que ce projet prendrait un petit peu de temps. Dans cette attente, nous pouvons d'ores et déjà agir à travers les actions de prévention, c'est notre deuxième axe.

En effet, le **2e moyen** sur lequel nous sommes absolument convaincus, et ce à tous les niveaux (Direction du Service Médical et Direction Administrative), est l'importance de la prévention en matière bucco-dentaire. C'est quelque chose qui marche et qu'il faut promouvoir. A ce titre, nous sommes bien décidés à mettre en œuvre, et principalement dans les nouveaux dispositifs que nous offre la Loi, les contrats de Santé Publique, les accords de bon usage des soins, les contrats de bonne pratique, toutes les actions de prévention bucco-dentaire qui permettront d'améliorer l'état de santé des patients.