

Colloque National de Santé Publique

Colloque parrainé par Madame Marie-Thérèse Hermange, Sénateur,
sous le Patronage du Ministère de la Santé et des Sports
et sous le Haut Patronage du Ministère du Travail, de la Solidarité
et de la Fonction Publique.



La santé au travail
Quelle place pour le bucco-dentaire ?
Actes du Colloque

Vendredi 8 octobre 2010

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

Sommaire

ACCUEIL

Allocution d'accueil

Patrick HESCOT 3

Président de l'UFSBD

INTRODUCTION

La santé bucco-dentaire est-elle une préoccupation de l'entreprise ? 4

Dr Jacques WEMAERE

Secrétaire général adjoint de l'UFSBD en charge des dossiers de santé publique Erreur ! Signet non défini.

REDUIRE LES DEPENSES DE SANTE DENTAIRE :

UN ENJEU MAJEUR POUR LES MUTUELLES ET LES ENTREPRISES

Etat des lieux de la complémentaire en entreprise 6

M. Thierry ROCHEREAU

IRDES

Prévenir et éduquer pour réduire les dépenses : les mutuelles s'engagent 10

Mme Christine MEYER

Conseillère du Directeur général de la Mutualité française

Questions/Réponses 14

LA PREVENTION BUCCO-DENTAIRE DES RISQUES PROFESSIONNELS

Etat de santé en entreprise 15

Dr Marcel GARNIER

Directeur médical, Groupe Malakoff Médéric

Le sevrage tabagique : une affaire de chirurgiens-dentistes ? 15

Pr Bertrand DAUTZENBERG

Pneumologue, Président de l'OFT (office Français de prévention du Tabagisme)

Stress et troubles du sommeil : causes et conséquences bucco-dentaires 21

Dr Gérard VINCENT

Chirurgien-dentiste

Les TMS (troubles musculo-squelettiques) sont-ils visibles en bouche ? 21

Pr Christian PIREL

Chirurgien-dentiste Ancien chef de l'UF d'occlusodontologie de la faculté d'odontologie de l'Université de Lyon

Quelle collaboration demain entre le médecin du travail et le chirurgien dentiste ? 23

Dr Corinne LETHEUX

Médecin conseil, CISME

Questions/Réponses 25

Sommaire

L'ENTREPRISE PEUT-ELLE REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ?	28
La prévention santé, un projet d'entreprise fédérateur ?	28
Véronique CHABERNAUD <i>Commission santé en entreprise, ANDRH</i>	
Prévention santé en entreprise : un projet d'envergure ?	28
Alain HUIN BON HOA <i>Directeur de projet, responsable du Programme Capital Santé, GE Capital</i>	
La SNCF, une entreprise de santé	31
Ghislain CORBION <i>Coordinateur national Prévention et Promotion de la Santé, UMCPG-SNCF</i>	
Questions/Réponses	33
CONCLUSION	37
Allocution de clôture du Dr Patrick HESCOT	



Allocution d'accueil

Patrick HESCOT

Président de l'UFSBD

Bonjour à tous.

Je vous remercie d'être présents aujourd'hui et je remercie tout particulièrement, la Fédération Nationale de la Mutualité Française, fidèle partenaire de l'UFSBD, qui cette année encore nous a accompagnés dans la réalisation de ce colloque.

Cette manifestation constitue la 11ème édition des colloques de l'UFSBD.

Cette année, plus encore que les années précédentes, notre réflexion vise à interpeller les différents publics sur une thématique inédite. Pourquoi l'UFSBD organise-t-elle un colloque sur la santé au travail ?

Parce que nous sommes convaincus que la santé bucco-dentaire doit y trouver sa place. Convaincus que l'entreprise permet de toucher une population qui n'a pas toujours accès au cabinet dentaire et qu'il est possible d'aller vers elle. Aussi parce que santé bucco-dentaire et santé au travail sont souvent liées et nous verrons comment.

Ce colloque a été conçu par le Dr Jacques WEMAERE. Il pourra vous expliquer les raisons pour lesquelles l'UFSBD se lance dans cette mission.

Je vous remercie encore une fois d'être présents. Je suis convaincu que ce sujet suscitera votre intérêt.

Introduction

La santé bucco-dentaire est-elle une préoccupation de l'entreprise ?

Dr Jacques WEMAERE

Secrétaire général adjoint de l'UFSBD en charge des dossiers de santé publique

Bonjour à tous. Je suis très heureux et très fier d'ouvrir ce onzième colloque de l'UFSBD tant le sujet que nous allons traiter aujourd'hui me paraît innovant. Et pourtant, nombre d'entre vous se demandent encore pour quelle raison nous avons choisi de parler de la santé au travail.

Avant de vous éclairer et de rentrer dans le vif du sujet je voudrais vous dire quelques mots sur l'UFSBD.

Centre collaborateur OMS, l'UFSBD est l'organisme officiel de la profession dentaire depuis 1966. Notre profession compte 38 000 chirurgiens -dentistes professionnels répartis sur tout le territoire et l'UFSBD est une fédération présente dans tous les départements et les régions de France. Elle regroupe 15 000 membres qui, dans leur cabinet dentaire et en dehors du cabinet dentaire, sur le terrain, sont de véritables acteurs de santé publique.

L'UFSBD est ainsi un véritable acteur de prévention et d'éducation à la santé. Nous avons une volonté et une ambition permanentes d'agir auprès de tous les publics ; enfants, adolescents, femmes enceintes, personnes âgées...

Notre exigence vise à toucher les personnes les plus vulnérables en matière de santé bucco-dentaire, qu'elles soient malades, handicapées, dépendantes ou précarisées. 40 % de la population et notamment parmi les plus vulnérables ne se rend jamais dans un cabinet dentaire. Pour mener à bien cette exigence de santé publique, nous allons donc au-devant de notre public, dans les écoles, les EHPAD ou les prisons...

Alors, pourquoi ce colloque ?

Parce que l'entreprise est en soi un espace de santé et potentiellement un vecteur de prévention notamment pour toucher des salariés qui n'ont pas, en dehors de leur lieu de travail, un accès suffisant à la santé. Nous nous devons « d'utiliser » le monde du travail pour faire passer des messages d'hygiène et de prévention et inciter l'ensemble des salariés, de l'opérateur au cadre dirigeant, à consulter un chirurgien – dentiste et à se rendre dans les cabinets dentaires.

Depuis le premier Plan Santé au Travail élaboré en 2005, le monde politique affirme une réelle volonté de travailler auprès des entrepreneurs et des salariés en matière de santé. Cet élan doit être renforcé pour développer la santé et le bien-être au travail et améliorer les conditions de travail.

Je souhaite vous lire un extrait du nouveau Plan Santé au Travail prévu pour la fin de l'année 2010. Ce plan vise à « développer une politique de prévention active contre des risques clairement identifiés, et au profit des secteurs professionnels ou des publics les plus sensibles ».

L'UFSBD agit selon la même philosophie, de la prévention des risques spécifiques à la prévention des risques globaux.

L'UFSBD est consciente qu'en faisant de l'éducation à la santé bucco-dentaire, elle travaille sur la santé en général, sur la santé du patient et sur son bien être personnel et professionnel. La question de la santé en entreprise dépasse largement le cadre de la réduction des risques professionnels. Il s'agit pour les entreprises d'assumer pleinement la responsabilité de la santé des salariés et de mettre en place des programmes complets de prévention qui permettront, d'une part, de réduire les risques professionnels et, d'autre part, de conserver le bien-être et le capital santé de leurs salariés.

La responsabilité de l'entreprise est à la fois d'ordre économique et social. Il s'agit en premier lieu de préserver l'employabilité des salariés et de réduire les coûts inhérents aux absences pour maladie ou au ralentissement de la production. Par ailleurs, l'entreprise est la seule et unique voie d'accès à la santé pour certains salariés. Nous devons, dans ce contexte, étudier comment convaincre les salariés de se rendre chez les professionnels de santé et imaginer une prise en charge directe en entreprise.

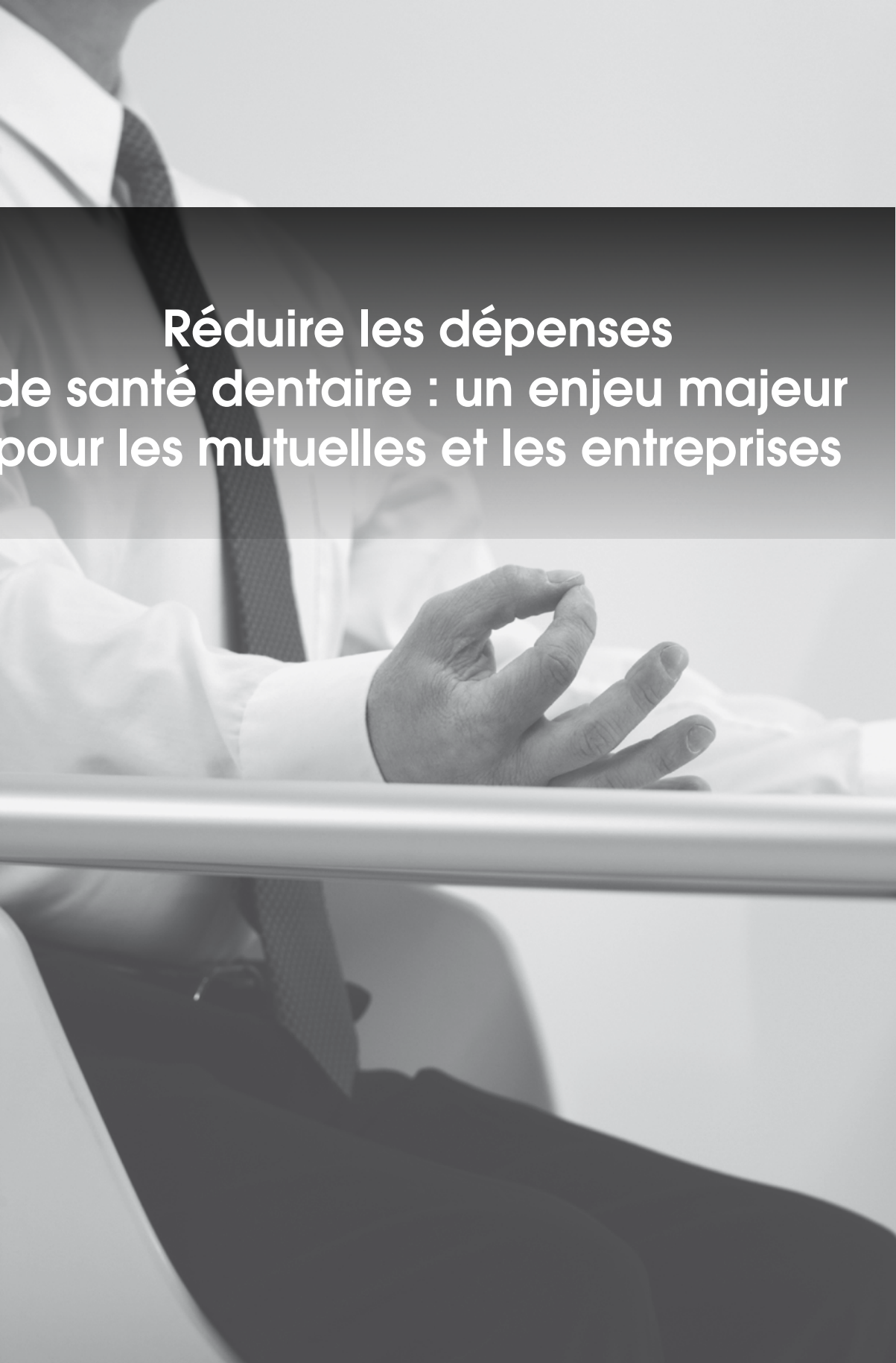
Cependant, très peu d'entreprises ont réellement mis en place des programmes de prévention à ce jour. La semaine dernière, le supplément économie du Figaro publiait en vue d'annoncer ce colloque, un article sur l'engagement « santé » des entreprises envers leurs salariés. Il est surprenant de constater qu'il y a finalement peu d'exemples et qu'ils ne sont pas récents. On cite une entreprise du BTP, qui a fait intervenir d'anciens toxicomanes pour parler de drogues avec les ouvriers en 2007. Egalement des programmes de nutrition lancés en 2006 en parallèle du Plan National Nutrition Santé. Il existe en outre peu ou pas d'initiatives prises en matière de santé bucco-dentaire.

Les thématiques de santé les plus développées en entreprise à l'heure actuelle concernent le sevrage tabagique, l'équilibre nutritionnel, les troubles du sommeil, le stress, et les troubles musculo-squelettiques. Or les conséquences du tabac sur la bouche, premier facteur de risque des cancers de la cavité buccale, sont méconnues de la population française. La nutrition et la santé bucco-dentaire sont intimement liées. Les signes du stress sont, eux, visibles dans la bouche, parfois même avant de transparaître dans les comportements. Cela nous permet de réfléchir à une approche du stress différente. Quant aux troubles musculo-squelettiques, ils sont souvent liés à un défaut de posture voire d'occlusion maxillaire.

J'espère que ces échanges vous intéresseront. Ce colloque nous offre l'occasion de mieux comprendre à quel point la santé bucco-dentaire fait partie intégrante de la santé ; y compris de la santé des travailleurs.

A court terme, nous souhaiterions travailler étroitement avec les mutuelles et les médecins du travail pour bâtir des offres de prévention clé en main destinées aux entreprises.

Je vous remercie et je vous souhaite une très bonne journée.



**Réduire les dépenses
de santé dentaire : un enjeu majeur
pour les mutuelles et les entreprises**

Etat des lieux de la complémentaire en entreprise

M. Thierry ROCHEREAU
IRDES

I. L'enquête : dispositif et objectifs

Je souhaite remercier les organisateurs de cette journée de me permettre d'intervenir aujourd'hui. Nous avons réalisé en 2009 une enquête sur la protection sociale complémentaire proposée aux salariés dans leurs entreprises, notamment sur la complémentaire santé. Je vais tout d'abord présenter le dispositif de l'enquête. Puis je déclinerai les principaux résultats de l'enquête. Enfin, je vous présenterai nos perspectives de recherche à la suite de cette enquête.

L'IRDES avait conduit la même enquête auprès des entreprises en 2003 afin d'étudier comment les salariés étaient couverts par la complémentaire santé via leur entreprise. Nous avons décidé de la renouveler en 2009, le contexte ayant évolué à la suite de l'entrée en vigueur de la loi Fillon. Nous souhaitons par conséquent connaître les implications de la loi sur ce thème, six ans après le premier texte.

La Loi Fillon impose un certain nombre de conditions pour que les contrats de couvertures complémentaires dans les entreprises soient exonérés de cotisations sociales. Ainsi, le régime doit être soit ratifié unilatéralement par un document écrit de l'employeur, soit ratifié par un referendum au sein de l'entreprise, ou bien négocié par convention ou accord collectif. Le contrat doit être obligatoire et doit concerner tous les salariés visés par le régime, excepté les CDD, les travailleurs saisonniers et les bénéficiaires de la CMU. Des possibilités de périodes de carence sont envisageables au moment de l'entrée des salariés dans l'entreprise. Une autre exception concerne les salariés bénéficiant d'un contrat de par leur conjoint.

En outre, le financement de l'employeur doit être uniforme pour tous les salariés, tandis que les garanties ne doivent pas proposer de versement sous forme de capital, mais être complémentaires aux prestations de la sécurité sociale et répondre aux conditions de contrat responsable selon les critères édictés par l'assurance maladie.

Le dispositif de l'enquête consiste à échantillonner des entreprises dans le répertoire SIREN de l'INSEE. Nous avons choisi de travailler sur le champ des entreprises hors administration et secteur agricole. 1 740 entreprises, choisies de façon aléatoire, ont répondu à l'enquête.

Le répertoire SIREN et le fichier des DADS permettent d'avoir des informations administratives sur l'entreprise telles que la taille, le secteur d'activité, la répartition des catégories socioprofessionnelles, le pourcentage de CDD et de CDI. L'enquête permet de recueillir un certain nombre de caractéristiques sur les contrats proposés par les entreprises, comme l'existence d'une couverture complémentaire collective, les salariés concernés par cette couverture, les risques et les indemnités journalières.

L'enquête présente un second volet comportant des informations sur les salariés dans les entreprises de l'échantillon, leur état de santé, leur besoin de soin et leurs conditions de travail. Ce volet n'a toutefois pas encore été exploité.

II. Premiers résultats de l'enquête

L'enquête montre que 43 % des établissements proposent une couverture complémentaire santé collective à leurs salariés. Trois quarts des contrats concernés sont issus d'une décision prise au sein de l'entreprise, tandis qu'un cinquième est imposé par un accord de branche ou une convention collective.

Les trois quarts de ces contrats ont un caractère obligatoire alors que 16 % d'entre eux présentent un caractère facultatif. La proportion de contrats obligatoires est plus élevée qu'en 2003. Cette évolution s'explique par la mise en œuvre de la loi Fillon. On ne sait pas encore si les établissements proposant des contrats facultatifs n'ont pas encore transposé la loi Fillon malgré la période de transition accordée par la loi ou s'il s'agit d'un choix durable. Nous le saurons avec les prochaines enquêtes.

Les raisons qui expliquent l'absence d'une CCE (couverture complémentaire en entreprise) sont de divers ordres : dans 28 % des établissements, la question n'a jamais été évoquée tandis que, pour 27 %, le coût de la couverture complémentaire collective est trop élevé, notamment pour les petites structures. Le coût trop élevé de la couverture relativement à la taille des établissements n'apparaissait pas dans les modalités proposées par l'enquête mais a été cité spontanément par de nombreux établissements. Ce motif est donc relativement sous-estimé dans l'enquête et peut être considéré comme la principale raison du refus de la couverture complémentaire dans les entreprises. Pour 13 % des sondés, l'absence d'une CCE est liée au refus des employeurs et à l'opposition des salariés pour 18 %.

Par rapport à l'enquête réalisée en 2003, 15 % des établissements indiquent avoir transformé un contrat auparavant facultatif en contrat obligatoire pour s'adapter aux conditions imposées par la loi Fillon. On observe également que le tiers des contrats a moins de deux ans d'existence. Cela traduit une forte mobilité de la complémentaire d'entreprise, notamment pour s'adapter à la loi.

Le premier critère lié à la présence d'une complémentaire santé est la taille de l'entreprise. Parmi les TPE, 34 % des établissements proposent un contrat à leurs salariés. Parmi les établissements appartenant à la strate supérieure d'entreprise employant entre 10 et 49 salariés, 51 % sont dans ce cas, contre 79 % dans la strate des entreprises employant entre 50 et 249 salariés. Enfin, plus de 90 % des entreprises employant plus 250 salariés proposent un tel contrat. La possibilité pour les salariés d'accéder à un contrat de complémentaire santé est donc très liée à la taille de l'entreprise dans laquelle ils travaillent.

Des disparités existent également en fonction du secteur d'activité. Dans le secteur de la construction, 45 % des établissements proposent un contrat à leurs salariés, 55 % dans le secteur de l'industrie, et 42 % dans le secteur des services.

Nous nous sommes ensuite penchés sur le pourcentage d'établissements proposant un contrat selon la proportion de cadres et de non-cadres dans l'entreprise. Les TPE ont été exclues de l'analyse car une segmentation selon ces deux catégories n'y est pas pertinente, au regard du faible nombre de salariés. Lorsqu'ils ne comptent aucun cadre, 43 % des établissements proposent un contrat. Dans le même temps, ce pourcentage atteint 85 % dans les entreprises où la proportion de cadres est supérieure à 9 %. La couverture augmente donc avec la proportion de cadres dans l'entreprise.

On constate également au sein des entreprises des différences selon les catégories de salariés. On observe par exemple que 16 % des établissements proposent un contrat qui exclut certaines catégories de salariés. Le plus souvent, ce sont les non-cadres qui sont ainsi exclus. Dans un cas sur quatre, ce sont les salariés en CDD et les personnes nouvellement arrivées dans l'entreprise (c'est-à-dire depuis moins d'un an) qui n'ont pas accès à un contrat.

L'enquête porte en outre sur les niveaux de garantie des contrats proposés par les établissements, en particulier en optique et pour les soins dentaires. Quatre classes ont ainsi été répertoriées en fonction du niveau de garantie. La première d'entre elles recouvre les contrats qui offrent des garanties relativement faibles, ces contrats représentant 25 % de l'échantillon. La deuxième classe renvoie à des garanties moyennes et regroupe 20 % des contrats. Ensuite, la troisième classe correspond à des garanties élevées

en optique mais faibles en dentaire et rassemble 26 % des contrats. Enfin, la dernière classe (21 % des contrats) recouvre des garanties élevées à la fois en optique et dentaire. Il convient de signaler que 8 % des contrats n'ont pas pu être classés en raison d'informations insuffisantes.

De plus, on observe que les niveaux de garantie varient selon la taille des entreprises. 66 % des sociétés qui emploient plus de 250 salariés proposent des contrats relevant des classes 3 et 4 alors que seules 18 % d'entre elles proposent des contrats de classe 1. A l'inverse, 39 % des TPE proposent des contrats de classe 3 et 4, et 36 % des contrats de classe 1.

Parallèlement, on constate que le pourcentage de contrats offrant des garanties élevées (classe 4) augmente avec la proportion de cadres dans les entreprises. Ainsi, lorsque les entreprises comptent moins de 20 % de cadres, elles sont 27 % à proposer de telles garanties alors que cette proportion atteint 33 % quand elles emploient plus de 20 % de cadres. De même, les contrats proposant des garanties faibles sont majoritaires dans les entreprises employant moins de 9 % de cadres et leur proportion diminue lorsque le pourcentage de cadres croît.

La participation de l'employeur au financement du contrat s'élève en moyenne à 57 %. Ce pourcentage est relativement proche de celui relevé en 2003. 8 % des entreprises ne participent pas du tout au financement. Dans 14 % des cas, leur participation est inférieure à la moitié du financement total. Un tiers d'entre elles contribue à la moitié de ce financement alors qu'un autre tiers assure un financement plus élevé sans être pour autant total. Enfin, 16 % des entreprises financent, elles, la totalité du contrat. Ainsi, 80 % des établissements financent la moitié ou plus des contrats proposés.

Lorsqu'on se penche sur le rapport entre la taille de l'entreprise et le financement du contrat, on note que les TPE financent en moyenne le contrat qu'elles proposent à hauteur de 63 %. Plus largement, la participation au financement du contrat tend à être inversement proportionnelle à la taille de l'entreprise.

Nous avons enfin interrogé les entreprises sur les décisions qu'elles ont prises lorsqu'elles ont dû faire face à une hausse des tarifs d'au moins 10 %, 20 % des établissements ayant été concernés par cette augmentation. Un tiers environ des sondés ont indiqué que les salariés et employeurs avaient supporté à parts égales la hausse du coût du contrat. Dans un tiers des cas, les salariés ont supporté seuls l'augmentation. 25 % des entreprises ont répondu qu'un nouveau contrat avait été conclu avec une autre société. En outre, 13 %, des sondés ont indiqué que l'employeur avait entièrement supporté la hausse des cotisations. Enfin 5 % d'entre eux ont procédé à une diminution des garanties pour éviter la hausse des cotisations.

La participation des salariés au financement des contrats est majoritairement forfaitaire dans les entreprises. Elle est proportionnelle aux salaires dans 10 % des entreprises.

III. Perspectives de recherche

En conclusion, les données recueillies font apparaître un accès inégal à la complémentaire d'entreprise, en particulier selon la taille de l'entreprise et les catégories de salariés. Le travail de l'IRDES va désormais consister à comprendre ce qui se joue pour les salariés derrière ces inégalités observées. Les salariés qui n'ont pas accès à la couverture complémentaire santé par leur entreprise se retrouvent sur le marché de la complémentaire individuelle. Or, en raison des aides fiscales accordées aux contrats collectifs, de la participation de l'employeur et de la mutualisation de la couverture quand les contrats sont obligatoires, la couverture collective est nettement moins coûteuse pour les salariés que la couverture individuelle. Il semble donc nécessaire de réduire les inégalités d'accès à la complémentaire santé collective et à la complémentaire santé en général. Pour réduire les inégalités d'accès à la complémentaire santé collective, il faut préalablement en comprendre les causes. Nous devons évaluer si ces inégalités sont liées à un coût du contrat trop élevé, notamment pour les petites structures, 27 % d'entre elles se trouvant dans ce cas. Par ailleurs, l'essor des accords de branche laisse penser que la présence des organisations syndicales peut jouer un rôle important dans la négociation des contrats avec l'employeur.

La santé au travail, quelle place pour le bucco-dentaire ?

Enfin, nous devons nous interroger sur le cas des entreprises (18 % des établissements) où les salariés refusent le contrat.

Le travail de l'IRDES portera également sur le financement de la complémentaire santé collective par l'employeur et les salariés, sur la substitution de la protection sociale au salaire. Nous étudierons la question de la défiscalisation face aux inégalités observées, de la place de la complémentaire santé dans le champ de la protection sociale collective.

Nous allons en outre étudier les impacts du désengagement actuel de la Sécurité sociale, qui aura fatalement des conséquences sur la structure de la complémentaire d'entreprise et sur son financement dans les entreprises. De même, le vieillissement de la population salariée et le recul de l'âge de la retraite auront un impact sur la protection sociale complémentaire d'entreprise.

Enfin, la question de la portabilité des contrats des salariés retraités sera abordée dans l'enquête Santé et protection sociale de l'IRDES. La loi Evin impose certaines contraintes, mais nous ne savons pas exactement comment elles sont respectées par les entreprises.

Prévenir et éduquer pour réduire les dépenses : les mutuelles s'engagent

Mme Christine MEYER

Conseillère du Directeur général de la Mutualité Française

Bonjour à tous. La prévention et l'éducation peuvent-elles permettre de contribuer à la maîtrise des dépenses ? Et quel peut être le rôle des mutuelles et des complémentaires santé de ce point de vue ?

Le partenariat entre l'UFSBD et la Mutualité Française pourra certainement contribuer à avancer sur ces questions, mais comme je vais essayer de le montrer nous aurons besoin de mettre toutes nos forces pour y parvenir.

Avant d'aborder la réduction ou plutôt la maîtrise de l'augmentation des dépenses de santé, je me pencherai sur leur évolution. J'évoquerai ensuite la question plus spécifique des dépenses de santé bucco-dentaire dans les entreprises et la situation des complémentaires. Enfin, nous débattrons ensemble pour savoir si la prévention représente un enjeu de maîtrise des coûts ou plutôt un enjeu de santé publique et quels sont les enjeux spécifiques pour les mutuelles dans les entreprises.

I. L'évolution récente des dépenses de santé bucco-dentaire : les choix implicites et leurs conséquences

En France, les dépenses de santé sont financées à hauteur de 76 % par la Sécurité Sociale. Les complémentaires de santé dans leur ensemble, à savoir les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assureurs privés, interviennent pour 14 % dans le financement global de la consommation médicale. Quant aux usagers, ils prennent en charge environ 9 % de leurs frais de santé. Cependant, cette structure de financement ne s'applique pas au secteur bucco-dentaire. En effet, les complémentaires de santé interviennent à hauteur de 33 % ou 34 % dans le financement des soins bucco-dentaires, soit un niveau équivalent à celui des caisses d'Assurance Maladie, tandis que les usagers assument 30 % de ces frais de santé. Mais derrière cet apparent équilibre entre les financements, se cache une répartition entre les financeurs : l'assurance maladie intervenant largement sur les soins et maintenant les actions de prévention des adolescents, tandis que les complémentaires, se font les championnes de la prothèse ou, du non remboursable, et les ménages, le reste, mais essentiellement, pour 92% des dépassements d'honoraires. Pas très facile de mettre en place une politique coordonnée et cohérente dans ce contexte ou pour être plus claire, de faire intervenir pour les soins de prévention et primaires les champions du remboursement de la prothèse..

La mise en œuvre –et subsidiairement le financement– des actions de prévention n'est donc pas seulement une question de financement, mais aussi de volonté de changement et de définition de priorités, dans un système qui ne s'y prête pas ! Prenons les questions dans l'ordre et tout d'abord, les sujets désagréables du financement des dépenses de soins, de prothèses, d'implantologie et de prévention bucco-dentaires : quelles dépenses, et surtout pour quel service rendu ?

Première question : y'a-t-il eu réduction des dépenses ? Entre 1995 et 2009, la dépense moyenne de soin bucco-dentaire par personne et par an a augmenté de 100 euros à 156 euros tandis que la dépense médicale moyenne par personne et par an a augmenté de 219 euros à 343 euros sur la même

période. les dépenses de santé dans le domaine bucco-dentaire ont été multipliées par 1,5, comme dans le domaine médical. Ainsi, au-delà des à-coups conjoncturels que vivent les praticiens, les dépenses augmentent régulièrement ; mais améliore-t-on le service rendu et la qualité des soins ?

Deuxième question : au sein des prestations versées pour les traitements bucco-dentaires ; lesquelles souhaitons nous maîtriser, réduire ou développer ? Il est évident qu'il existe un problème d'accès aux soins bucco-dentaires qui ne résulte pas uniquement de l'insuffisante fréquentation des cabinets dentaires. Il n'est pas non plus vérifié que la fréquentation des cabinets de dentistes augmenterait si les soins bucco-dentaires étaient mieux financés. La question porte plutôt sur l'utilité des dépenses de santé bucco-dentaire aujourd'hui pour prévenir, traiter, guérir et restaurer. S'il vaut mieux d'une façon générale dépenser pour prévenir, traiter et éventuellement guérir plutôt que pour restaurer ou réparer, nous savons que la réalité est contraire dans le domaine bucco-dentaire : la plus grande partie de la dépense est utilisée à la réparation et la restauration.

Troisième question : L'augmentation des dépenses de santé permet-elle d'améliorer l'accès aux soins, sachant qu'aujourd'hui, 60 % des renoncements aux soins concernent le domaine bucco-dentaire ? Pour améliorer l'accès aux soins, ne vaudrait-il pas mieux agir sur l'installation des praticiens ? En effet, l'implantation des chirurgiens -dentistes s'échelonne d'un à quatre par département depuis le début des années 1990.

Quatrième question : L'augmentation des dépenses permet-elle de maintenir ou d'améliorer le niveau de prise en charge ? Les dépenses de santé doivent-elles augmenter pour des traitements de meilleure qualité ou de meilleure technicité ou bien est-il possible, par le biais d'une substitution de technologies ou de l'amélioration de l'intensité des soins, d'améliorer la technicité et la qualité des traitements sans augmenter les dépenses de soins ? Enfin, les dépenses de santé augmentent-elles pour améliorer l'accès aux soins, la technicité ou les revenus des professionnels ?

Ainsi, la question de la justification et de la pertinence des dépenses se pose de façon constante. A ce jour, la Sécurité sociale ne parvient pas à soustraire du remboursement les médicaments dont l'utilité médicale est pourtant contestée, voire établie comme quasiment nulle par rapport à de nouveaux médicaments plus efficaces. Les dépenses de santé sont-elles réellement justifiées et correctement réparties ? Les traitements sont-ils accessibles aux usagers ? Les professionnels sont-ils justement honorés ? Les dépenses d'aujourd'hui préparent-elles la santé de demain ? Toutes ces questions doivent être posées quand il est question des dépenses de santé et de leurs évolutions, maîtrisées ou non.

Outre la pertinence, on doit aussi s'interroger sur l'efficacité, c'est-à-dire l'utilisation optimale des ressources. De ce point de vue, il faudrait systématiquement étudier si d'autres choix de traitements ou d'organisations sont envisageables. Par exemple, se demander si le prestataire qui prend en charge les soins est le prestataire, approprié. Dans certains pays, vous le savez bien, les détartrages ne sont pas réalisés par les chirurgiens-dentistes. Ou encore, on constate que la densité de médecins en France est deux fois plus importante que dans les autres pays européens alors que la densité d'infirmières y est deux fois moindre. Les patients atteints de maladies chroniques dans ces pays sont suivis non pas par les médecins mais par les infirmières, ce qui réduit considérablement les coûts par habitant. Des choix en termes de prise en charge et de prestations sont nécessaires.

S'interroger sur le financement des mesures de prévention qui éviteront peut-être la prothèse et l'implantologie demain ne doit donc pas conduire à éviter ces questions.

Quelle régulation ?

Dans le domaine bucco-dentaire, la dépense régulée, (celle qui peut donner lieu à des choix collectifs et négociés), à savoir les soins remboursés dans le cadre du régime obligatoire et le ticket modérateur,

représente moins de 50 % des dépenses globales. Plus de la moitié des financements dans le domaine bucco-dentaire couvrent donc les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels.

L'action publique de régulation sera, notamment à travers la convention nationale, de portée limitée. On peut donc se demander si à travers les contrats complémentaires, notamment collectifs, il sera possible de réduire les risques, de limiter les coûts, et en même temps, d'aider le salarié à mieux gérer sa santé. . .

II. Les couvertures de santé bucco-dentaire dans les entreprises

Poser la question du développement de la prévention dans le cadre des couvertures d'entreprise n'a de sens que s'il ne s'agit pas de pure cosmétique. Or une vraie politique de prévention, par exemple, prenant en compte les spécificités professionnelles comme ce fut le cas pour les apprentis boulangers, ou s'attachant à traiter des besoins selon les âges, vient le plus souvent heurter les attentes immédiates.

En effet, aujourd'hui, la première préoccupation de l'utilisateur est que ses dépenses soient couvertes et celles-ci on l'a vu, seront essentiellement des coûts de dépassement. La seconde attente, celle qui s'exprime par exemple aujourd'hui dans les négociations collectives, portera sur les contenus des garanties. Et là, du point de vue de la question d'aujourd'hui, il y a de quoi être déçu : les attentes portent avant tout sur l'implantologie (plutôt que la parodontologie, pourtant nécessaire très en amont de l'implantologie), sur la prothèse (plutôt que des soins et des restaurations qui permettraient de l'éviter), sur des plateformes d'analyse de devis, (plutôt que des incitations à la consultation régulière) ! Dès lors, comment expliquer au sein d'une entreprise qu'on va désormais limiter les dépassements à 200% du taux de couverture et consacrer une partie des financements bucco-dentaires à des actions de prévention, pour des bénéfices ultérieurs ?

Le deuxième aspect des couvertures d'entreprises, et non des moindres, d'un point de vue de santé publique, serait que loin de faciliter l'accès aux soins de ceux qui y renoncent, tout semble réuni pour qu'elles contribuent à accroître les inégalités de santé. D'une part, les contrats d'entreprise sont réputés mieux couvrir que les contrats individuels, d'autre part, on a vu que tout le système tire vers une accélération des couvertures de dépassements. Enfin, comme l'a montré l'IRDES : on a plus de chances d'avoir un fort pourcentage de taux de couverture, si on est cadre, jeune, dans une grande entreprise et si possible avec un niveau de salaire élevé : on ne prête qu'aux riches. De même, l'IRDES note que les contrats les plus favorables remboursent des montants de soins dentaires près de quatre fois supérieurs à ceux remboursés par les contrats faibles ou moyens et que les prestations versées aux cadres dépassent de 40 % celles dont bénéficient les employés.

Le caractère inégalitaire des couvertures obligatoires en entreprise est d'ailleurs longuement décrit dans le dernier rapport du conseil des prélèvements obligatoires qui précise que : « les exemptions liées à la protection sociale complémentaire renforcent les inégalités entre salariés ». Ce rapport montre également que les contrats collectifs obligatoires constituent un important facteur d'inégalités sociales au sein de l'entreprise et de la population.

Ironie de l'histoire, aujourd'hui, la classification des contrats complémentaires dans les enquêtes statistiques se base sur le niveau de prise en charge en soins optiques et dentaires. Celui-ci devient même le critère concurrentiel entre les organismes. Or il n'est pas évident qu'une bonne mutuelle corresponde à une mutuelle qui prend en charge les soins optiques et dentaires à un très haut niveau. Une telle situation croisée des constats d'inégalités rapportés ci-dessus, mérite a minima de s'interroger sur le changement que l'on veut !

Dans ce contexte, Comment agir ?

III. Les enjeux de la prévention

Afin de s'engager dans le domaine de la prévention, il faudrait donc agir ensemble sur le risque économique que constitue aujourd'hui le mode et les enjeux des négociations des couvertures complémentaires. Nous risquons sinon de courir à notre perte dans le domaine bucco-dentaire, comme dans bien d'autres d'ailleurs. Nous devons sortir de la surenchère sur les garanties et ce, pour les usagers qui sont à la fois vos patients et nos adhérents, pour les entreprises, pour les professionnels, dont beaucoup souhaitent aujourd'hui sortir de ce système infernal, et pour les payeurs, obligatoires et complémentaires.

La Mutualité Française considère que la prévention et l'éducation dans le domaine bucco-dentaire doit pouvoir trouver sa place et ses modalités, selon les âges, selon les conditions professionnelles et selon les statuts. Si la prévention pour les enfants est globalement efficace et bien reçue par l'opinion publique notamment grâce aux campagnes publiques, la prévention est souvent plus difficile auprès des autres tranches d'âge. Sachant que le régime obligatoire n'apportera pas de financements supplémentaires, dans le cadre de nos partenariats, peut-être pouvons-nous apporter, au sein de l'entreprise, de la prévention des risques auxquels seront confrontés les salariés qui seront demain des personnes âgées. Peut-être une consultation de préretraite pourrait-elle être organisée dans le cadre du contrat d'entreprise. Il serait également possible d'éviter que s'aggravent les besoins de prothèse, d'implantologie ou d'appareillage en menant des actions de prévention auprès des actifs. Enfin, nous pourrions envisager d'organiser une journée nationale de la santé bucco-dentaire en entreprise, dans le cadre du partenariat entre l'UFSBD et la Mutualité Française.

Questions/Réponses

relatives à l'intervention de Mme Christine MEYER

De la salle

Je rejoins tout à fait les propos de Christine MEYER sur l'importance de la parodontologie qui s'avère peu remboursée par l'assurance-maladie et par les complémentaires dans la mesure où elle est absente de la nomenclature. Dans ce cadre, ne serait-il pas pertinent de « revisiter » le panier de soins des actes de prévention liés au contrat responsable et de lui redonner plus de vigueur en ajoutant des remboursements sur la parodontologie et en maîtrisant la facturation de cet acte ?

Christine MEYER

Pour rappel, les contrats responsables prévoyaient, lors de leur mise en place en 2004, d'intégrer la prise en charge de la prévention, ou plus exactement, de l'intégralité du ticket modérateur de deux actes de prévention au moins. Il s'agissait donc d'actes de prévention inscrits à la nomenclature et bien sûr, le plus souvent déjà couverts ! , L'assurance-maladie ne souhaitant toutefois pas inscrire de nouveaux actes à la nomenclature, la parodontologie n'y figure pas. Néanmoins, le détartrage fait partie des actes retenus.

Aujourd'hui, dans les dispositions de la Loi de finances 2011, vous avez pu noter qu'est envisagée la taxation des contrats responsables qui, jusqu'à présent, étaient exonérés de taxes sur les conventions d'assurances. Il sera par conséquent difficile de faire évoluer le dispositif de contrat responsable et de l'enrichir. Il est même peut-être trop tard. Ces contrats responsables vont subsister en entreprise car ils conditionnent l'attribution d'aides fiscales et sociales. Néanmoins, dans le domaine individuel, ils ne

seront plus un enjeu pour les assurances. Par conséquent, ce dispositif risque, tel quel, de perdre sa pertinence et ne pourrait alors plus contribuer à l'amélioration du système de prise en charge collectif.

En ce qui concerne le secteur optionnel, la convention dentaire sera renégociée l'an prochain. Les conditions de négociation ont cependant évolué. Jusqu'en 2008, les syndicats pouvaient accepter que les complémentaires participent à la négociation. Aujourd'hui, leur présence est obligatoire, notamment dans le domaine bucco-dentaire, où leur signature constitue un élément de la convention. Je ne peux donc que vous encourager à relayer des propositions auprès de vos représentants syndicaux afin que la prochaine convention nationale soit porteuse d'avenir.

De la salle

Je suis chirurgien-dentiste et président de l'UFSBD de l'Aisne. Je souhaite revenir sur deux terminologies utilisées. En tant que praticien, je n'effectue pas de dépassement d'honoraires. Mes patients sont moins bien remboursés pour les prothèses que je réalise que pour celles de mon prédécesseur.

Je suis ensuite fortement impliqué en santé publique et je pense comme vous que nous devons supprimer les dépassements d'honoraires. Cette prise en charge insuffisante n'a plus lieu d'être, mais une telle décision aboutirait à la disparition 38 000 chirurgiens -dentistes français en exercice. Nous ne pouvons en effet vivre sans cet apport financier.

Christine MEYER

En 2006, la discussion conventionnelle visait à prévoir des honoraires plus satisfaisants pour les soins conservateurs, cette décision devant aboutir à une diminution des dépassements demandés en prothèses. Cependant, l'UNOCAM n'a pas été associée à la négociation en raison du refus de certains syndicats. La convention a en outre permis de relever nettement les tarifs des soins conservateurs, avec un engagement de limiter les dépassements. Les dépassements d'honoraires n'ont pas baissé. Aujourd'hui, et plus que jamais, il est nécessaire de modifier un système qui évolue globalement dans une mauvaise direction et que la profession donne des signaux positifs, et que la charge du changement ne porte pas seulement sur quelques-uns, soucieux plus que les autres des conditions d'accès de leurs patients.

La prévention bucco-dentaire des risques professionnels Etat de santé en entreprise

Dr Marcel GARNIER

Directeur médical, Groupe Malakoff Médéric

Le groupe Malakoff Médéric est l'un des groupes leaders de la protection sociale. Il gère en effet 20 % des retraites de l'ensemble des salariés français et couvre plus de 250 000 entreprises en assurance santé et prévoyance. En complément des activités traditionnelles de l'assurance intervient la Direction de l'action sociale qui par l'intermédiaire de 250 collaborateurs répartis sur l'ensemble du territoire national gère plus de 100 millions d'euros de ressources. Dans ce cadre, sont réalisés chaque année plus de 4 000 bilans de santé pour les nouveaux retraités.

Je souhaite montrer tout d'abord que dans un monde du travail où les secteurs industriels et de services sont interconnectés, l'évolution des fondamentaux de la santé concerne essentiellement la problématique de la longévité. Le grand nombre de centenaires et l'estimation de la durée de vie à 120 ans, va imposer aux assureurs et aux professionnels de santé de nouvelles garanties et une restructuration du système de santé. Le passage du médical à la santé au-delà d'une modification sémantique implique la nécessité d'une approche médico-sociale correspondant dans les pays anglo-saxons au passage du « cure » au « care ». Nous allons de plus en plus devoir faire face à des traitements chroniques au long cours, qui nécessiteront une approche plus personnalisée. Enfin, la régionalisation impulsée par la loi HPST nous permettra de travailler différemment en région, avec des accords avec les professionnels de santé et le régime obligatoire.

Un autre changement important est à noter, c'est l'appétence des jeunes médecins à travailler en groupe dans une approche multi-professionnelle afin de mieux répondre aux contraintes économiques, juridiques et administratives. Cette tendance s'illustre par l'émergence des maisons de santé.

Par ailleurs, les outils internet et les réseaux affinitaires participent à l'évolution d'une meilleure connaissance des maladies. Nous sommes en train de remanier nos contrats d'assurance pour les rendre plus clairs et plus transparents, sous l'impulsion du Ministère de la santé.

Un dernier élément de transformation du système de santé et de la modification nécessaire des relations entre professionnels de santé et assureurs est dû à la capacité des patients à être représentés et à se regrouper dans des structures telles que le CISS. Ceux-ci doivent être associés à l'évolution du système de santé et par conséquent être des acteurs proactifs de leur pathologie et permettre ainsi une meilleure observance.

Depuis environ trois ans, nous travaillons en réalisant des études et des baromètres santé auprès des salariés d'entreprise pour mieux connaître leurs besoins en santé et créer des programmes de prévention collectifs adaptés. Nous constatons en premier lieu que l'âge moyen des salariés augmente en France. Notre pays est cependant très en retard sur l'Europe s'agissant des salariés seniors dans l'entreprise. De plus, on devient un salarié senior de plus en plus tôt : il suffit désormais d'avoir 45 ans.

L'évolution des comportements des salariés par rapport à leur santé nous a interpellés. On observe une demande plus forte des salariés en matière de prévention et de santé, car l'entreprise est un excellent

foyer pour discuter collectivement des moyens de prévention et faire évoluer les mentalités dans un cadre collectif. La demande des salariés tend vers le bien-être et l'hygiène de vie. Par exemple, ceux-ci souhaitent accéder à des salles de sport mais également à des programmes concernant le sommeil, l'alimentation et le stress. Néanmoins, les disparités des demandes s'avèrent fortes selon la taille des entreprises et leur activité.

L'évolution des comportements des salariés est moins liée à l'augmentation des risques professionnels, chimiques, routiers et sonores qu'au stress, au temps et au travail sur écran qui apparaissent comme des risques nouveaux et concernent les troubles musculo-squelettiques. On observe que le temps s'est accéléré dans l'entreprise, la prise de décisions de plus en plus immédiate entraînant un déséquilibre constant et une forte tension au sein du collectif. Les tensions n'ont jamais été aussi nombreuses dans les entreprises car le temps de l'action a remplacé celui de la réflexion. En outre, le stress dans l'entreprise est souvent lié aux problèmes familiaux, tandis que le lien entre vie privée et professionnelle est de plus en plus marqué.

Au sein de Malakoff Médéric, nous avons élaboré un baromètre santé dans un certain nombre d'entreprises, sous la forme d'une soixantaine de questions permettant de recueillir le ressenti des salariés sur leur santé. Une fois que nous avons connaissance de troubles du sommeil, alimentaires ou musculo-squelettiques, nous mettons en place une démarche collective de prévention et proposons des programmes en relation avec les DRH et les syndicats. Le baromètre est reconduit un an plus tard afin d'analyser l'efficacité des mesures de prévention. Tous les salariés sont intégrés dans la réflexion.

L'outil « Mon bilan santé » permet de dépister les risques de maladies graves cardiovasculaires et cancers en entreprise en relation avec les médecins traitants. Les résultats de notre expérimentation dans la région PACA sont positifs.

Enfin, 15 % des familles françaises ont en charge une personne âgée dépendante à leur domicile. Les salariés en question s'absentent par conséquent de leur lieu de travail pour s'en occuper. Une aide financière et technique devra donc être prévue pour ces personnes afin de limiter ces absences.

Dans les huit ans à venir, le nombre de médecins du travail sera divisé par deux. Parallèlement, les modes de fonctionnement des jeunes médecins sont tout à fait différents aujourd'hui. Ils veulent travailler en équipe et exigent une qualité de vie identique aux cadres sortant de grandes écoles. Or l'exercice libéral individuel présente des risques trop lourds à la fois juridiques et administratifs auxquels s'ajoute la complexité de la pratique.

La prévention et le suivi régulier de l'état de santé du patient atteint d'une pathologie chronique exigent que celui-ci participe au traitement. Un programme d'accompagnement et d'éducation thérapeutique est nécessaire pour une meilleure observance et une meilleure information des professionnels de santé et de l'entourage familial.

La médecine personnalisée, qui se développe notamment sur la cancérologie par l'intermédiaire de bio marker, aura un coût élevé et posera des problèmes d'éthique car les thérapeutiques seront de plus en plus ciblées et des choix devront être faits. C'est une formidable évolution qui permettra peut-être de réduire les maladies chroniques et aura un impact sur les dépenses de santé. Il en est de même pour la médecine prédictive qui permet par la connaissance du génome de mieux appréhender ces risques et de modifier ces comportements.

Nous avons constaté qu'il est difficile de comprendre le concept de prévention et surtout d'analyser ses impacts sur le long terme. C'est pour cela qu'afin de donner plus de visibilité à cette notion de prévention, nous avons créé un outil qui matérialise ce concept par « des cubes santé » dans lesquels nous intégrons différents outils techniques et de communication sur des sujets tels que le tabac, la nutrition et l'exercice physique, en collaboration avec des experts. Ce service est offert gratuitement à l'entreprise dans le cadre de notre programme de protection sociale. Il s'agit d'un programme de fidélisation. Quand nous avons travaillé sur les contrats responsables, nous avons intégré des actions de prévention. Nous avons pu inscrire cette donnée dans les contrats. Chacun peut alors augmenter sa participation. En fait,

pour pérenniser ces programmes de prévention, il faut arriver à les intégrer progressivement dans les contrats d'assurance et de prévoyance.

Un groupe de neuf associations de services de santé au travail, représentant quatre millions de salariés, a également été constitué. L'interlocuteur principal des salariés dans l'entreprise est le médecin du travail. Or nous avons très peu de relations avec ces professionnels. Nous apprenons donc en premier lieu à connaître nos partenaires et nous travaillons sur des questionnaires prévention et sur l'entrée de personnels paramédicaux dans des entreprises en relation avec le médecin du travail dans une approche multidisciplinaire (réforme de la médecine du travail).

Afin de progresser en relation avec les professionnels de santé, au-delà des médecins du travail, nous avons créé en 2007 un comité médical d'experts de spécialités différentes (21 membres).

Plus récemment, un réseau d'opticiens (Kalivia), un centre dentaire à Lyon mais également un outil internet de comparaison des hôpitaux (Compar Hospi) ainsi qu'un site en relation avec les maladies professionnelles et les entreprises ont été constitués. Notre filiale de tiers payant VIAMEDIS gère plus de 3 millions d'adhérents est très présente auprès de l'ensemble des professionnels de santé y compris médecins généralistes. Enfin, concernant l'intégration dans la chaîne de soins, Malakoff Médéric est présent dans douze EHPAD et est partenaire du groupe Korian et du groupe de prestations de soins à domicile Lavorel.

L'évolution de notre métier va consister à créer une structure spécialisée dans la gestion du risque en santé. Le dentaire représente 16 % des dépenses, qu'avons-nous fait depuis 3 – 4 ans en termes de prévention et d'évolution des garanties ? Nous avons intégré dans les contrats de la prévention, des soins hors nomenclature (implants...) et une gestion de type « bonus ». En particulier, une non-consommation pendant trois ans donne droit à une majoration de garanties. Nous nous inscrivons toujours dans le schéma des garanties traditionnelles, mais notre formulation est plus transparente avec des actions de prévention et d'information multimédias auprès de l'adhérent.

L'évolution de nos contrats consiste à créer dans l'avenir un plan de traitement sur le modèle britannique en proposant une visite annuelle de contrôle. Ceci se complète d'un accès à un service de devis, à une plateforme de conseils d'orientation, à des réseaux de soins, au tiers payant et à une plateforme internet permettant de gérer les dépenses engagées.

Nous devons répondre également au problème que constitue la renonciation aux soins, mise en exergue par la récente enquête de l'IRDES. Pour cela, nous avons d'ailleurs lancé un contrat low•cost, complémentaire à la CMU qui comporte des garanties satisfaisantes pour des cotisations très réduites.

Les études et les contacts que nous avons actuellement avec les médecins du travail n'ont pas fait état d'actions conduites en dentaire dans le domaine des entreprises tel que cela a été fait par exemple dans le domaine de l'audition pour les nuisances sonores. Il semble donc intéressant dans le cadre de la prévention, par exemple des troubles du sommeil mais également du dépistage du cancer, qui sont en lien avec les pathologies dentaires, de proposer aux services de médecine du travail de participer à ces actions.

En conclusion, notre groupe de retraite et de protection sociale change progressivement de paradigme, complète son offre assurantielle traditionnelle par une prévention santé intégrée, des garanties plus médicalisées répondant mieux aux besoins des patients, des réseaux de soins en relation avec des professionnels de santé, des plateformes multimédias intégrant des technologies nouvelles y compris des outils de télémédecine dans le cadre des pathologies chroniques. En tant que leader dans la gestion de la retraite, gestionnaire d'une dizaine d'EHPAD et d'une clinique de cours séjour gériatrique, créateur de la Fondation Médéric Alzheimer, nous devons pouvoir ensemble travailler avec l'UFSBD pour motiver les chirurgiens -dentistes, les directeurs d'EHPAD et Maisons de retraite à être plus présents auprès des personnes âgées dépendantes pour leur apporter des soins dentaires de qualité.



La prévention bucco-dentaire des risques professionnels

Etat de santé en entreprise

Dr Marcel GARNIER

Directeur médical, Groupe Malakoff Médéric

Je partage les propos qui ont été tenus sur l'importance de la prévention. A mon sens, la prévention représente incontestablement une source d'économies. Nous travaillons largement avec l'OFT sur l'interaction entre le tabac et la santé. Les entreprises constituent en effet un interlocuteur pertinent pour évoquer cette question, notamment en raison des conséquences économiques du tabagisme. Nous essayons également de travailler sur la santé bucco-dentaire. Néanmoins, le lien entre la santé bucco-dentaire et le tabac est plus complexe à mettre en évidence.

Le tabac est un polluant : pour preuve, une cigarette ne passerait pas le test du contrôle de pollution d'une voiture. La fumée de cigarette affiche en effet un taux de CO₂ très élevé. Le courant principal d'une cigarette représente plus d'un milliard de particules de 300 microns tandis que la fumée secondaire véhicule 5 millions de nanoparticules de 0,1 micron. Ces particules très toxiques flottent dans l'air pendant longtemps. Le tabac tue ainsi plus que toutes les autres causes de décès réunis. Un fumeur d'un paquet de cigarettes par jour a une chance sur deux de mourir de tabagisme, soit la même probabilité de mortalité qu'une personne atteinte d'un cancer. Il convient donc de traiter les fumeurs avec sérieux et de les considérer comme des personnes atteintes d'une maladie et non porteurs d'une mauvaise habitude, d'un mauvais comportement. Alors que 100 millions de personnes sont décédées de tabagisme au XX^{ème} siècle, un milliard de décès prématurés liés au tabac sont à prévoir au XXI^{ème} siècle, dont la moitié avant 65 ans.

Le tabac altère l'hygiène. Il pollue et détériore les locaux et, surtout, il multiplie les effets des toxiques : une personne cumulant le tabagisme et une exposition à l'amiante voit son risque de cancer démultiplié. Le tabac entraîne par ailleurs une hausse des accidents de travail : l'occurrence des accidents du travail chez les fumeurs dépasse de 37 % celle chez les non fumeurs. Après six mois de sevrage, l'ancien fumeur retrouve un taux d'accidents de travail identique à celui des non-fumeurs. De même, deux fois plus d'accidents de trajets et 30 % de plus d'arrêts de travail sont enregistrés parmi les salariés qui fument vingt cigarettes par jour par rapport aux non-fumeurs, ce qui représente indéniablement un coût pour l'entreprise. Sur 3 000 salariés interrogés, 19 % des fumeurs ont eu un accident de travail au cours des six derniers mois contre 11,6 % pour les non-fumeurs.

Le traitement du tabagisme fait partie de l'art bucco-dentaire. Selon la loi, le chirurgien-dentiste peut prescrire tout ce qui concerne l'art dentaire. Or un rapport que nous avons publié avec l'OFT recense 72 maladies bucco-dentaires liées au tabac. Un chirurgien-dentiste peut donc prescrire des traitements contre le tabagisme au même titre que les sages-femmes et les médecins. Il reste cependant à savoir si l'Assurance maladie reconnaîtra les textes législatifs et acceptera de rembourser la prescription du chirurgien-dentiste. Aujourd'hui, tout est fait pour ne pas rembourser ces prescriptions tandis que le gouvernement semble inciter la population au tabagisme. L'an dernier en France, 430 millions d'euros

supplémentaires ont alimenté le budget de l'Etat grâce à cette politique. Les arbitrages entre la santé et le budget sont depuis 2007 prise en faveur du budget. L'industrie du tabac emploie d'ailleurs des lobbyistes auprès du Sénat et de l'Assemblée nationale. Le gouvernement utilise actuellement la santé des Français pour percevoir des taxes qui apportent un bénéfice immédiat, grâce à une forte politique organisée d'encouragement au tabagisme. Alors que les ventes de tabac s'étaient effondrées suite aux mesures prises dans le cadre du premier plan contre le cancer en 2003-2004 et dans le cadre du plan contre le tabagisme passif en 2006-2007, le gouvernement ferme les yeux sur les mesures incitatives des lobbyistes qui ont un certain succès, notamment auprès des jeunes. Les collégiens, et surtout les collégiennes, sont particulièrement sensibles aux incitations du gouvernement.

La prise en charge du tabagisme constitue une mission des services de santé au travail dans la mesure où le tabac cause l'absentéisme, des accidents de travail et des maladies professionnelles. Réduire les accidents du travail constitue le cœur de métier du médecin du travail. Son rôle est certes plus facile dans les services centraux des grandes entreprises que dans les interentreprises qui se scindent en petites unités. Si le médecin du travail ne peut pas prescrire de traitement, il peut toutefois donner des conseils. Son action doit être coordonnée avec celle des professionnels de santé. Bien que la santé bucco-dentaire ne rentre pas dans leurs priorités, il est nécessaire que les médecins du travail évoquent les problèmes de santé bucco-dentaire liés au tabac. Ne pas évoquer les risques du tabac avec les salariés constitue une attitude négative risquant d'aggraver leur tabagisme. Les chirurgiens-dentistes doivent au moins désapprouver le comportement de leurs patients fumeurs et leur recommander de s'arrêter et de consulter un spécialiste.

Le débat vise à déterminer si le tabac constitue une maladie ou non. Il est clair que la dépendance tabagique est une maladie provoquée par un comportement, tout comme le sida ou de nombreuses autres maladies sont au départ déclenchées par un comportement. Plus de 90 % des cigarettes fumées en France le sont par des personnes malades, dépendantes de la nicotine et qui fument malgré elles. Contrairement aux marchés de l'alcool et de cannabis, le marché du tabac s'adresse donc en grande majorité à des personnes malades. Il existe peu de fumeurs festifs ou occasionnels. Un médecin doit donc au minimum évoquer les risques du tabagisme avec ses patients fumeurs pour éviter d'aggraver leur dépendance.

Les fumeurs se situent tous à des stades différents. Il existe un cycle de préparation en vue d'arrêter de fumer. Les conseils d'un chirurgien-dentiste peuvent constituer une étape importante dans le processus de prise de décision d'un fumeur non-malade. En revanche, l'arrêt définitif du tabac constitue la seule solution pour le patient fumeur malade d'un chirurgien dentiste qui doit être traité pour une maladie bucco-dentaire. Pour savoir si un fumeur est malade, la première question est de savoir combien de temps après son réveil cette personne fume sa première cigarette. Toutes les personnes qui fument dans l'heure suivant leur lever peuvent être considérées comme dépendantes.

Pour arrêter de fumer, le fumeur peut disposer d'un accompagnement psychologique, de conseils à l'arrêt et d'éducation thérapeutique et, enfin, de médicaments. Le taux d'abstinence dépend du temps passé avec un professionnel de santé. Après six mois, 11 % des fumeurs désirant arrêter de fumer s'arrêtent effectivement sans avoir vu de professionnel de santé. Cette proportion augmente à 14,4 % si un professionnel a parlé ne serait-ce qu'une à trois minutes avec le fumeur en question. Les professions non médicales sont un peu moins efficaces que les professions médicales en la matière. Pas moins de cent cinq formes de substituts nicotiques et trois patchs différents sont disponibles pour aider les fumeurs à s'arrêter. Ces substituts obéissent au principe cinétique de base selon lequel la dépendance nicotinique provoquée par la cigarette doit être traitée avec de la nicotine. En effet, la nicotine monte en sept secondes au niveau des artères du cerveau et entraîne un niveau de satisfaction largement supérieur à la normale. Par conséquent, de nouveaux récepteurs nicotiques sont créés dans le cerveau. Si chaque bouffée de cigarette réduit légèrement la sensation de manque, elle donne toutefois envie d'en fumer une autre. Si

La santé au travail, quelle place pour le bucco-dentaire ?

le spray nasal est relativement efficace pour arrêter de fumer, en revanche il maintient la dépendance à la nicotine. Le patch traite efficacement la dépendance mais nécessite plus de temps pour traiter le manque. Enfin les gommes et les formes orales présentent une efficacité intermédiaire entre les deux premiers médicaments. Il est possible de combiner plusieurs types de médicaments pour arrêter de fumer. Si un fumeur continue à fumer tout en ayant un patch, cela signifie simplement que le traitement n'est pas suffisamment fort.

Un fumeur présente trois fois plus de risques qu'un non fumeur de souffrir de complications de cicatrices suite à une opération chirurgicale classique ou dentaire. Pourtant, 76 % des brochures d'information aux patients n'abordent pas le tabagisme dans la prévention des risques liés à l'intervention chirurgicale. Or en arrêtant de fumer avant l'intervention, le risque de complications opératoires est divisé par trois, le risque de réanimation est divisé par deux, le taux d'hospitalisation est réduit d'un jour tandis que l'Assurance Maladie économise 300 euros

Le médecin ou le chirurgien-dentiste qui manque de temps pour la prévention contre le tabagisme peut conseiller à son patient d'appeler Tabac-Info-Service au 3989.

Stress et troubles du sommeil : causes et conséquences bucco-dentaires

Dr Gérard VINCENT
Chirurgien-dentiste

Pour rester dans la continuité de l'intervention du Professeur DAUTZENBERG, je me souviens du jour où mon épouse, elle-même chirurgien-dentiste, a constaté en auscultant la cavité buccale d'un patient fumeur de pipe que le palais de ce patient était totalement brûlé. Le patient, alerté par l'expression de sa praticienne, l'a interrogé. Mon épouse lui a conseillé de consulter un spécialiste, ce qu'il a fait, cessant alors de fumer au grand plaisir de son épouse. Les chirurgiens-dentistes ont un rôle de prévention à jouer en matière de tabagisme.

I. Le stress et les problèmes bucco-dentaires

Le stress exprime une réaction positive ou négative de l'organisme. Or la manifestation du stress se retrouve très souvent au niveau dentaire. Nous avons tous un jour fait l'objet de la remarque « Serre les dents, tu vas y arriver ! ». Pourtant, serrer les dents en dehors de la mastication entraîne des complications dentaires, parodontales ou musculo-articulaires. Les problèmes dentaires ont un impact négatif sur les personnes concernées en termes d'esthétique et de souffrance physique et mentale. Les traitements qu'ils occasionnent prennent du temps et requièrent le paiement d'honoraires parfois très élevés. Toutes ces conséquences se traduisent souvent en pression sur les personnes qui n'y pensent pas forcément en ces termes.

Si le stress occasionne des complications dentaires, il est également la cause de détériorations parodontales, autour de la dent. Bien qu'il soit possible de poser des implants pour éviter de traiter la zone parodontale, cette technique nécessite encore du temps et de l'argent tout en entraînant une souffrance physique et mentale. Par ailleurs, les douleurs musculaires liées à la détérioration du parodonte entraînent des maux de tête, d'où une consommation excessive de médicaments et, par conséquent, une perte de temps et d'efficacité au travail de la personne concernée.

Serrer les dents par stress peut également entraîner une compression articulaire qui risque de provoquer des acouphènes. Or les acouphènes nuisent au sommeil, exigent la prise de médicaments et ont, par conséquent, un impact psychologique important. Un problème aux articulations dentaires peut provoquer une luxation, une entorse dont la douleur nécessitera la prise de médicaments, limitera l'ouverture buccale et entraînera finalement un arrêt de travail avec un traitement difficile de longue durée. L'entorse articulaire peut également s'aggraver en arthrose très douloureuse, provoquant chez le patient un handicap fonctionnel majeur.

Il est très important de connaître les répercussions graves que peuvent avoir le stress et le fait de serrer les dents. Pour prévenir les conséquences néfastes du stress, mieux vaut prendre conscience de sa mâchoire, apprendre à la relâcher et à respirer profondément et calmement afin d'évacuer le stress. Deux tiers des personnes serrent les dents durant la journée.

II. Les troubles du sommeil

S'il faut respirer pour évacuer le stress, une mauvaise respiration peut toutefois se traduire en apnée du sommeil. Quand le patient souffre de difficultés respiratoire et que sa langue serre un peu trop la paroi antérieure du pharynx, il ronfle. Or un ronfleur est très souvent apnéique sans le savoir. L'apnée du sommeil se caractérise par l'arrêt total de la respiration par périodes. Il s'agit d'un réel problème de santé publique. En effet, l'apnée du sommeil atteignait 2 % des femmes et 4 % des hommes de 30 à 60 ans en 1993, soit davantage que l'asthme et l'obésité. En outre, seulement 15 % des personnes atteintes d'apnée du sommeil sont diagnostiquées ; 85 % des personnes malades sont donc en danger.

L'apnée a pour conséquence de brefs réveils qui déstructurent le sommeil et entraînent une fatigue et des somnolences permanentes durant la journée. Les personnes atteintes d'apnée du sommeil ont tendance à consommer davantage de médicaments et d'excitants pour lutter contre cette fatigue. Par ailleurs, plus l'apnée est profonde, plus le taux d'oxygène dans le sang diminue, ce qui fait monter la tension artérielle, parfois jusqu'à 22 ou 24. De la même manière, le cœur, tout en manquant d'oxygène, travaille davantage et accélère son rythme. Les complications induites comprennent des maux de têtes, des accidents vasculaires cérébraux comme l'hémiplégie et des infarctus. 65 % des accidents de voiture sont par ailleurs liés à des problèmes de sommeil non dépistés. Une personne apnéique présente six fois plus de risques d'avoir un accident de voiture, et douze fois plus si elle a, en outre, consommé de l'alcool.

En 1997, des mesures ont été prises, décrétant notamment que « le syndrome d'apnée du sommeil est une infection incompatible avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire. Le médecin est tenu d'informer le patient ». Si le patient informé de sa maladie et de ses risques conduit quand même son véhicule, il se met donc en danger de la même manière qu'un conducteur qui ne porte pas ses lunettes, notamment vis-à-vis de son assurance. Le risque de perdre leur travail constitue ainsi l'une des raisons pour lesquelles certaines personnes ne veulent pas se faire dépister, notamment les professionnels de la route.

Les causes bucco-dentaires de l'apnée du sommeil ne proviennent pas forcément du stress. Le patient peut par exemple avoir une petite mâchoire qui provoque l'écrasement du pharynx par la langue. Or cette configuration buccale risque de provoquer des difficultés respiratoires et, par conséquent, des apnées du sommeil. Les chirurgiens-dentistes et les orthodontistes peuvent à cet égard réaliser un travail important d'information, de prévention et de dépistage. Les traitements du dentiste par orthèse sont également efficaces. Aujourd'hui, trois traitements par orthèse sont pris en charge par la Sécurité Sociale, sans toutefois que les honoraires des praticiens ne soient pris en compte. Le patient doit donc prendre en charge ces honoraires. Les assureurs et les mutuelles doivent se saisir de cette question. Le corps médical dans son ensemble doit être formé au problème de l'apnée du sommeil, de même que la Sécurité Sociale, les mutuelles et les assurances doivent être sensibilisées au problème. Les entreprises elles aussi ont tout à gagner de cette prise de conscience, tant au niveau de la disponibilité de leurs salariés que de leur efficacité au travail.

Les TMS sont-ils visibles en bouche ? ou la relation entre les dysfonctions crânio-mandibulaires et les TMS (troubles musculo-squelettiques)

Pr Christian PIREL

*Chirurgien-dentiste Ancien chef de l'UF d'occlusodontologie
de la faculté d'odontologie de l'Université de Lyon*

Je remercie le président de m'avoir convié à cette table ronde pour présenter un sujet plutôt novateur. Je n'apporterai pas de solutions comme l'ont fait les précédents intervenants ; je poserai simplement des questions. Votre présence pourra en revanche aider à apporter des solutions.

J'ai ajouté au sujet de mon intervention un sous-titre interrogeant la relation entre les dysfonctions crânio-mandibulaires, autrement dit les perturbations du système manducateur, et les troubles musculo-squelettiques (TMS).

Deux cas de figure, celui d'une violoniste et celui d'une secrétaire penchée sur son dossier, le téléphone coincé contre son oreille et maintenu par son épaule, illustrent des postures de travail tout à fait anormales. En cas de sensibilité particulière de ces personnes, ces postures peuvent créer des troubles au niveau du système manducateur qui sont décelables par l'odontologiste. J'aurais pu prendre l'exemple de la posture de travail d'un travailleur de force. Toutefois, les pathologies caractéristiques et parfois étonnantes du système manducateur sont plutôt déterminées par ces postures professionnelles chroniques.

Selon un article paru dans le Dauphiné Libéré le 20 août 2010 intitulé « Les femmes fortement touchées par des troubles musculo-squelettiques, une explosion des maladies professionnelles », il ressort du symposium de l'Observatoire régional de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur « une explosion des troubles musculo-squelettiques chez les femmes à travers leur profession. . Un autre paragraphe indique que « 16,6 % des salariés vus par les médecins du travail sont atteints d'au moins une pathologie ostéo-articulaire estimée être en lien direct avec le travail. »

L'équilibre postural dépend de capteurs primaires que sont l'œil, l'oreille interne et le pied, et de capteurs secondaires tels que l'appareil manducateur, les muscles de l'œil, les muscles du rachis, les muscles des membres inférieurs ainsi que les articulations. L'articulation temporo-mandibulaire est à cet effet très particulière. Située très près des centres corticaux, elle joue un rôle important. Les capteurs primaires et secondaires envoient des ordres au cortex par l'intermédiaire des noyaux vestibulaires et du cervelet qui eux-mêmes envoient des ordres toniques ou tonico-phasiques au niveau du système postural musculaire. Dès qu'un élément perturbe cette boucle, il s'ensuit un dysfonctionnement.

Parmi les cinq chaînes musculaires existantes, l'odontologiste s'intéresse particulièrement à la chaîne masticatrice et à la chaîne linguale car elles peuvent clairement faire apparaître des troubles posturaux au niveau du système manducateur. D'une part, la chaîne linguale permet de déterminer si un appui podal

perturbé ou un trouble postural au niveau dorsal ont une incidence au niveau scapulaire ou au niveau de la langue. A contrario, une dysfonction linguale peut entraîner des troubles aux niveaux scapulaire, dorsal et lombaire et, en conséquence, modifier l'appui podal. D'autre part, la chaîne masticatrice met en relation les articulations temporo-mandibulaires avec les appuis podaux. Toute perturbation sur le parcours de ces chaînes musculaires retentit soit directement au niveau de l'appui podal, soit au niveau du système des articulations temporo-mandibulaires. Une équilibration occlusale additive ou soustractive permet de rétablir l'occlusion et de modifier l'appui podal. Une rétroaction de l'un sur l'autre est induite en conséquence.

Dès 1930, le schéma de Brodie représentant le crâne, la mandibule et la ceinture scapulaire mettait en évidence les muscles reliant la ceinture scapulaire à la base du crâne ou à la base inférieure de l'os hyoïde lui-même relié à la mandibule par les muscles sus-hyoïdiens. Ce schéma permet d'expliquer qu'une perturbation au niveau de la ceinture scapulaire retentit sur tout l'étage inférieur de la face, en particulier sur les rapports de la mandibule avec la base du crâne. Or l'articulation temporo-mandibulaire constitue le moyen de liaison entre la mandibule et la base du crâne. Les postures de la violoniste et de la secrétaire perturbent complètement la posture cervicale et la position de la mandibule, donc également la relation des ATM avec la base du crâne. A l'inverse, un trouble de relation entre la mandibule et la base du crâne suite, par exemple, à une pathologie occlusale liée au stress, entraîne un décalage de la mandibule par rapport à la base du crâne. Ce décalage se traduit par des spasmes musculaires qui se répercutent sur les muscles antagonistes et qui impliquent systématiquement l'os hyoïde. Or si cet os important considéré comme le gyroscope de la posture est mal orienté, il modifie l'orientation de la ceinture scapulaire. Ce trouble peut ensuite descendre jusqu'aux appuis podaux, ou remonter des pieds jusqu'à la base du crâne en sens inverse.

Le test des pouces, dit de BASSANI, permet la mise en évidence du décalage postural au niveau de la colonne dorsale, lombaire et sacrée. Ce test est réalisé en plaçant les pouces au niveau des apophyses épineuses postérieures droite et gauche de la même vertèbre, patient debout puis assis. Lors de la flexion antérieure du tronc, le décalage des pouces de l'opérateur ou, au contraire leur maintien au même niveau, indique l'influence éventuelle de la posture sur l'occlusion ou réciproquement, de l'occlusion sur la posture, voire la combinaison des deux origines.

Un trouble postural d'origine professionnelle peut entraîner une modification de l'appui podal ou à un niveau supérieur, perturbant en conséquence la posture globale. Cette perturbation parvient à l'os hyoïde dont l'orientation influe sur la contraction équilibrée ou déséquilibrée des muscles manducateurs qui elle-même se répercute sur la position des articulations temporo-mandibulaires. La position de ces articulations modifie à son tour la position de la mandibule, ce qui entraîne des troubles au niveau de l'occlusion dentaire. L'odontologiste peut déceler des troubles d'occlusion dentaire et déterminer s'ils sont liés à un problème de posture ayant une origine professionnelle. A contrario, un trouble de l'occlusion dentaire modifie la posture et l'appui podal par le biais des mêmes chaînes musculaires. Dans la plupart des cas, le diagnostic est plus complexe, les troubles descendants s'associant souvent aux troubles ascendants. Il est alors nécessaire de se référer à une équipe pluridisciplinaire pour établir le diagnostic. Il en résulte simplement que la posture peut modifier l'occlusion et que l'occlusion peut modifier la posture.

Outre l'occlusion, la dysfonction linguale est impliquée dans la plupart des troubles dysfonctionnels crânio-mandibulaires ou de l'appareil manducateur. Système musculaire très puissant comprenant huit paires de muscles et un muscle impair, la langue produit des pulsions très violentes. Les troubles qu'elle peut créer peuvent être corrigés en faisant appel à des orthophonistes. La langue est rattachée par les muscles sus-hyoïdiens à l'os hyoïde, lui-même rattaché à la ceinture scapulaire. Un trouble (professionnel ou non) de la ceinture scapulaire peut par conséquent déclencher, via l'os hyoïde, une dysfonction linguale ascendante ou descendante et des anomalies au niveau des ATM. Ces anomalies peuvent entraîner

ner des dissociations condylo-discales partielles génératrices de troubles fonctionnels importants et de nuisances objectives voire subjectives, ou bien des dissociations condylo-discales totales irréversibles qui dégénèrent vers des arthroses et d'autres affections graves. Les troubles fonctionnels peuvent même entraîner un handicap total.

Le rôle de l'odontologiste est par conséquent très important. Il est nécessaire de mettre en place une étude spécifique sur les rapports entre les TMS d'origine professionnelle et les troubles de l'occlusion. Les chirurgiens-dentistes peuvent concourir au diagnostic de ces TMS et traiter leurs conséquences sur le système manducateur.

Quelle collaboration demain entre le médecin du travail et le chirurgien-dentiste ?

Dr Corinne LETHEUX

Médecin conseil, CISME

Le CISME, dont je suis le médecin-conseil, est l'organisme auquel adhèrent 255 Services Interentreprises de Santé au Travail (SIST) qui suivent 14 millions de salariés dans 1,4 million d'entreprises, ceci grâce à 15 000 collaborateurs, dont environ 5 000 médecins du travail.

Le Pôle Médico-Technique du CISME que j'anime a un rôle de conseil, d'information, et de recherche appliquée.

Dans les entreprises, les médecins du travail peuvent collaborer avec vous au sein d'une équipe. Ils s'entourent d'Intervenants en Prévention des Risques Professionnels, formés par exemple en toxicologie, en ergonomie, en hygiène industrielle, ou en psychologie. Ils sont accompagnés d'assistantes sociales ou d'assistantes en santé au travail, qui peuvent se déplacer, et d'infirmières, qui ont notamment un rôle d'éducation à la santé dans les entreprises.

Le rôle du SIST et des équipes est d'aider à prévenir les risques professionnels en identifiant les dangers et en proposant un conseil en prévention. Ces éléments sont consignés à la fois par l'employeur et par le médecin, dans le document unique d'évaluation des risques professionnels et dans la fiche d'entreprise. Ce sont des phases d'information très importantes. Au-delà, la visite médicale vise à s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste, de proposer des adaptations de postes pour que celui-ci convienne au salarié et éviter des contraintes posturales, par exemple. Enfin, il s'agit de s'assurer que le salarié n'est pas porteur de maladies contagieuses.

Sur le plan juridique, de fortes responsabilités pèsent sur l'employeur. Depuis l'entrée en vigueur de la directive de 1989, il a en effet l'obligation d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs. Il doit prendre les mesures nécessaires pour assurer cette sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs en utilisant des actions de prévention, d'information, et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation permettant d'utiliser des moyens adaptés. On a évolué à ce jour vers une obligation de sécurité et de résultats, visant à s'assurer que l'employeur a atteint l'objectif de prévention.

La santé bucco-dentaire ne figure pas parmi les priorités d'action des SIST et des médecins du travail. Mais elle peut faire l'objet d'une collaboration, étant donné les liens entre certains risques professionnels et leurs effets sur la santé, visibles en bouche. L'équipe peut informer le salarié sur un lien potentiel entre un risque professionnel, tel qu'une posture, et une atteinte bucco-dentaire dont le salarié l'informerait. Au-delà, les médecins du travail travaillent toujours en réseau et adressent fréquemment à leurs confrères les salariés en fonction de la pathologie dépistée. Il est ainsi souvent conseillé aux salariés de se rapprocher de leur chirurgien-dentiste. Une aide au diagnostic étiologique en relation avec le travail est également fournie par le SIST. Nous nous efforçons en effet de détecter les dangers à l'origine des pathologies.

Une aide thérapeutique est également proposée dans le cadre d'une prévention secondaire et tertiaire, en conseillant l'employeur, en apportant un conseil individualisé de prévention pour améliorer la posture de l'employé, par exemple. Au-delà des informations reçues sur le diagnostic, le SIST peut orienter le salarié vers un spécialiste expert en pathologies professionnelles.

En parallèle des visites en entreprise et en consultation, le SIST réalise régulièrement des enquêtes épidémiologiques et s'efforce d'assurer une traçabilité des expositions professionnelles et des effets sur la santé, notamment pour établir les liens émergents entre certaines situations de travail et des lésions bucco-dentaires.

Il reste beaucoup à construire. L'ambition est de travailler en réseau pour que la santé au travail sorte du cadre de la médecine du travail. Au-delà, il y a intérêt à développer des rencontres pluridisciplinaires, notamment lors de rencontres et des congrès de santé au travail organisés par le SIST, ainsi qu'une formation sur la sémiologie de la bouche, et des supports pédagogiques. L'un des groupes de recherches appliquées du CISME travaille actuellement à la rédaction de fiches de conseil pour les seniors. L'UFSBD pourrait y être associée.

Questions/Réponses

De la salle

Je suis chirurgien-dentiste et tabacologue. En plus de mon parcours de chirurgien-dentiste, je me suis spécialisée en sidologie et j'ai un DU de nutrition et de diététique. En tabacologie, il me semble qu'il manque des textes, décrets et circulaires qui me permettent d'appliquer ce que j'ai appris. Je compte sur vous pour faire quelque chose car actuellement, je dois me limiter à donner des conseils de prévention uniquement. Or ma formation me permet d'agir bien au-delà, notamment sur les parcours en addictologie.

Patrick HESCOT

On pourrait imaginer à l'avenir que la prévention soit prise en charge, sous forme de forfait ou de capitation. Il y a de réelles perspectives pour les personnes comme vous, qui souhaitent passer du cure au care. Il y a toutefois un travail important à réaliser, en partenariat avec les assurances privées, sur ce type de prise en charge d'une part, et sur la responsabilisation du patient d'autre part.

De la salle

Comme l'a souligné Christine MEYER, il y a un problème très clair de financement, et une nécessaire adaptation liée au changement de paradigme de toutes nos activités. Nous sommes bien conscients que la sécurité sociale est parvenue au terme de sa mission en termes de ressources financières. Concernant l'évolution des assureurs complémentaires par rapport au régime obligatoire, il est clair que la segmentation entre régime obligatoire et régime complémentaire arrive à terme. Il faut établir un partenariat partagé sur les risques entre ces deux régimes, ce qui est complexe. Mais le changement s'amorce peu à peu et une collaboration avec le régime obligatoire se dessine peu à peu.

De la salle

Pour moi qui ne pratique pas de dépassement d'honoraires autre que la prothèse, cela signifie que sur une consultation de trois quarts d'heure à une heure, je demande vingt et un euros. Ma carrière n'évolue pas, et ne suffit pas à nourrir mes investissements et mes salariés. Il faut avoir conscience que les honoraires ne sont pas la priorité de tous les dentistes. Beaucoup exercent leur métier différemment mais ne sont aucunement valorisés. Il n'est plus possible de continuer comme ça.

Patrick HESCOT

Nous partageons votre réflexion. Il nous semble que le système du règlement par honoraire de la consultation n'est plus viable. Il convient de trouver d'autres solutions, permettant d'évoluer dans un autre modèle associant la Sécurité Sociale. Nous ne travaillons pas assez en coordination avec cette dernière et cela doit changer.

De la salle

Je travaille à la MILDT et l'intervention relative au tabac a particulièrement attiré mon attention, car nous travaillons actuellement sur tous les produits addictifs, substances légales et illégales. Nous avons constitué un groupe de travail avec l'UFSBD et les syndicats sur le repérage des conduites addictives en vue du conseil et de l'orientation. Nous allons élaborer un livret pour les chirurgiens -dentistes. A cet égard, votre rôle est essentiel, notamment pour la population toxicomane, qui n'est pas insérée et n'a donc pas accès aux cabinets dentaires.

De la salle

Je souhaite signaler à Monsieur GARNIER que certains services de la médecine du travail ont réalisé des travaux sur la médecine bucco-dentaire, avec le soutien de l'UFSBD, notamment sur la description de l'état de santé bucco-dentaire des salariés, sur la recherche de liens avec les facteurs professionnels, et sur la notion de renoncement aux soins. Parmi les trois liens que nous avons identifiés avec les facteurs de risques professionnels, figuraient le travail en trois huit et les mouvements répétitifs.

Pour revenir sur les propos de Madame LETHEUX concernant l'évolution des services de santé au travail, il est clair que la médecine du travail s'est clairement recentrée sur les risques professionnels. Mais de nouvelles problématiques telles que le stress et le travail des anciens exigent de notre part une anticipation très en amont, notamment pour promouvoir la santé et les programmes de bien-être au travail. De nouveaux acteurs dans les services inter-entreprises de santé au travail, comme les infirmiers, peuvent intervenir sur ce créneau pour les actions et programmes de promotion de la santé.

Corinne LETHEUX

Nous avons en effet l'impression que la priorité est donnée aux questions comme le diabète ou la nutrition, car nous observons en général les campagnes réalisées dans les grandes entreprises. Or 80 % des entreprises suivies par les SIST emploient moins de 10 salariés, mais notre action n'est pas quantifiée, alors qu'elle concerne les postures, le risque chimique, organisationnel et relationnel. Une certaine maturité nous permet à présent d'intervenir quand nous parlons de ces dangers.



L'entreprise peut-elle réduire les inégalités sociales de santé ?

La problématique dont nous allons discuter maintenant est très intéressante. Il s'agit de savoir si l'entreprise est en mesure de réduire les inégalités sociales de santé et de s'imposer comme une voie d'accès à la santé pour les salariés. L'UFSBD s'occupe de la « santé » depuis vingt ans, ce qui va au-delà des « soins ». Nous n'avons pas attendu que le politique se saisisse du sujet, et nous souhaitons que l'Etat s'occupe de la santé, et non de la « maladie » des citoyens. Cela permettrait de réaliser d'importantes économies en matière de sécurité sociale. Il s'agit donc à présent d'analyser le rôle de l'entreprise et de ses acteurs pour réduire les inégalités en termes de santé.

Patrick HESCOT

La prévention santé, un projet d'entreprise fédérateur ?

Véronique CHABERNAUD

Commission santé en entreprise, ANDRH

Pour ma part, je suis médecin, consultante dans le domaine de la promotion de la santé en entreprise, sur la promotion de la santé en interne, et sur ce que les entreprises sont susceptibles de produire en termes de santé. Je suis également membre de la commission Santé en entreprise de l'ANDRH, promouvant la notion de santé globale, en amont, qui dépasse la compréhension commune de « la santé au travail » française.

A la question demandant si la prévention santé est un projet d'entreprise fédérateur, je répondrais spontanément oui. Mais il s'agit d'exposer les faits tangibles justifiant cette assertion, et savoir si la prévention santé répond à une thématique fédératrice, tant pour l'entreprise que pour la société.

En se basant sur la pyramide de Maslow, on note que la promotion de la santé répond aux besoins les plus fondamentaux de l'être humain, ce qui est fédérateur par essence. Les besoins situés en bas de la pyramide sont absolument fondamentaux au développement de l'être humain. Tout l'aspect professionnel des besoins fait en outre appel à un management de très haute qualité, ce qui est important lorsqu'une entreprise souhaite faire de la promotion de la santé.

On note ensuite qu'une stratégie de prévention santé en entreprise contribue à une meilleure santé publique, en résorbant les inégalités de santé et d'accès aux soins. L'entreprise est également un creuset où la population adulte passe le plus clair de son temps éveillée et donc largement légitime pour intervenir sur la santé. Ce sont là des éléments fédérateurs.

D'après le Baromètre Secours Populaire / IPSOS, la situation de la population s'est globalement détériorée. On note que moins les revenus sont élevés, moins les gens se sentent en bonne santé. Un certain nombre de Français, soit 39 % d'entre eux, ont en effet déjà renoncé à au moins un soin en raison de son coût, dont les soins dentaires et optiques qui figurent parmi les moins bien remboursés. Un tel constat doit nous interpeller dans un pays comme la France. La possibilité d'achat de prothèses dentaire et de lentilles est proportionnelle au niveau de revenu. L'accès à un médecin généraliste ou spécialiste pour des raisons géographiques est également l'une des causes du renoncement au soin. L'un des indicateurs de pauvreté est enfin l'impossibilité de se nourrir de façon saine et équilibrée au quotidien.

L'enquête Sumer 2003 montre que les employés, les ouvriers et les femmes sont plus sujets au « job strain », c'est-à-dire une tension liée au stress, que les catégories socioprofessionnelles intermédiaires, ou les cadres. Les métiers les moins valorisés et les plus exposés au public sont également soumis au « job strain ». Il existe donc des inégalités de santé patentées en matière de stress au travail.

Une stratégie de promotion de la santé en entreprise peut par ailleurs créer un terreau propice à la résolution des fléaux de santé publique, communs à toute la société, et aux entreprises. Les entreprises subissent, qu'elles en soient partiellement responsables ou non, la mauvaise santé de leurs employés. L'entreprise ne doit pas freiner son action au développement de stratégies de promotion de la santé, car la frontière entre la sphère privée et professionnelle est artificielle.

Parmi les fléaux de santé, on observe que les principaux déterminants de maladie sont les comportements, à au moins 50 %. Certaines maladies comme le cancer du poumon et le diabète sont le fait des habitudes de vie et de l'environnement. On observe que 80 % des cancers et 90 % des maladies cardiaques sont liés à des facteurs que l'entreprise peut partiellement contribuer à résoudre. Par exemple, sur cent travailleurs québécois, 80 s'alimentent mal, 66 ne font pas assez d'exercice, 50 ont un excès de poids, 50 ont un cholestérol élevé, 44 ont un stress modéré ou élevé, 18 fument trop et 10 sont de grands buveurs. Cela n'est pas le reflet d'une population en bonne santé, ce n'est bénéfique ni pour les salariés ni pour l'entreprise et celle-ci peut agir.

Les leviers de l'entreprise, dans une recherche de stratégie innovante et porteuse pour le collectif, sont tout d'abord la médecine du travail. Il faut, dans ce cadre, lui donner les moyens de s'exprimer pleinement. Ensuite, des intervenants extérieurs ou un réseau de partenaires peuvent proposer des solutions à l'entreprise. La formation à un management de qualité doit être mise en avant, et le partenariat avec l'assureur peut être enfin d'une aide très précieuse, notamment grâce à l'aide à la prévention. L'entreprise n'est pas seule. Elle doit simplement élaborer une stratégie et prendre les moyens de sa réussite.

Les entreprises qui pratiquent des programmes de fond de promotion de la santé, sont par exemple le groupe Desjardins, au Québec, qui s'est lancé dans une stratégie globale de prévention santé. Il agit sur l'équilibre vie travail, la santé, le mieux être, les habitudes de vie et la gestion des invalidités. L'approche très souple et intégrée génère une culture organisationnelle. Concrètement et sur la base du volontariat, l'entreprise a mis en place un défi santé et des activités ludiques. 40 % des salariés ont participé aux programmes proposés, 25 % ont arrêté le tabac, et le télétravail et la flexibilité du temps de travail sont désormais partie intégrante du management.

Des programmes spécifiques ont été mis en place, avec 75 % de taux de participation et 15 000 participants. Le programme a toutefois nécessité d'investir six millions de dollars canadiens par an. Mais le retour sur investissement est très satisfaisant en termes de santé, d'amélioration des habitudes de vie et au niveau financier avec au moins 150% de retour sur investissement. Le groupe a en outre été reconnu comme employeur de choix, ce qui est un indicateur pertinent de l'aspect fédérateur d'un tel programme.

D'autres indicateurs, comme le taux d'absentéisme, le turn-over, le tabagisme, et le sentiment de déprime diminuent. Le score de santé global progresse, lui, de façon notable. On observe que les bénéfices sont tant humains qu'économiques. Par ailleurs, la stabilisation du taux d'absentéisme et du turn-over permet de retrouver du lien, et provoque moins de stress tant dans la vie professionnelle que la vie privée. Ce n'est certes pas la seule façon de fédérer une entreprise, mais cela indique que la stratégie est efficace.

L'entreprise a lancé ce programme en 2005, conçu et utilisé comme stratégie de renouvellement et de développement de l'organisation par la nouvelle direction. Pour les managers, « le programme est complémentaire, et les gens comprennent qu'ils sont importants, ce n'est pas juste des paroles mais de vrais gestes ». Cela répond directement aux fondamentaux de la pyramide de Maslow, et notamment au besoin de reconnaissance.

D'autres industriels québécois ont suivi le même exemple que le groupe Desjardins, avec les mêmes résultats. La Suède a également mis en place des modèles organisationnels et de management accordant une grande autonomie aux employés dans l'organisation et la gestion des problèmes. Ces derniers témoignent de « possibilités très étendues de développement personnel et d'autonomie, ainsi que d'un très bon travail d'équipe. » Cela s'accompagne d'un taux très faible d'arrêts maladie.

Une autre étude réalisée auprès pendant dix ans de 3 122 salariés masculins suédois, étudiant le taux d'accident cardiaque grave de ces hommes, fait observer qu'il existe une corrélation inversement proportionnelle entre un encadrement de bon niveau, valorisant, la durée d'exposition à ce management et

La santé au travail, quelle place pour le bucco-dentaire ?

un taux d'accident cardiaque grave. Un certain nombre d'études démontre plus globalement le lien entre stress professionnel et pathologies cardiaques.

Ainsi, un projet positif qui vient de la direction et donne un signe de reconnaissance fort aux employés est fédérateur. Le projet doit impliquer, dès sa création, tous les acteurs. Dans son déploiement, il est également fédérateur. Il doit comprendre un volet important de formation du management car les managers doivent générer l'envie de participer au projet. Les résultats doivent enfin être mesurés et communiqués, ce afin de susciter l'adhésion.

En France, les exemples sont plus rares, et les efforts fournis pour garantir la santé ne sont pas jugés suffisants par les salariés. Dans une enquête récente portant sur les attentes des salariés, figurent moult éléments managériaux tels qu'une meilleure organisation ou l'amélioration des modes de management. Il y a là une recherche d'éléments de fédération et de motivation.

Prévention santé en entreprise : un projet d'envergure ?

Alain HUI BON HOA

*Directeur de projet, responsable du Programme
Capital Santé, GE Capital*

GE (General Electric) est un groupe d'origine américaine fondé en 1876 par Thomas Edison, qui emploie aujourd'hui 304 000 personnes dans plus de cent pays, dans des domaines variés tels que les nouvelles technologies, les services financiers et les médias. En France, GE apporte des solutions innovantes aux grands défis de notre société contemporaine. 10 000 salariés travaillent notamment sur l'activité médicale, l'énergie, les médias et les services financiers, via son entité GE Capital, spécialisée dans le financement aux entreprises.

GE s'est toujours positionné dans une logique d'innovation, ce afin de répondre aux grands défis de son temps. Le groupe a lancé en 2005 un programme appelé ecomagination pour répondre aux enjeux environnementaux de la Société, de ses clients et du groupe GE. Le groupe a également lancé en 2009 l'initiative Healthymagination pour améliorer l'accès aux soins et systèmes de santé pour tous.

Ce programme s'articule autour de l'expertise du groupe dans le domaine médical et est mis en œuvre grâce à la recherche et au développement, à l'innovation et aux partenariats avec des laboratoires de recherche et des organismes publics. Le programme s'applique également en interne avec les collaborateurs du Groupe, condition préalable à la crédibilité de GE sur le marché. L'objectif est de créer une culture de la santé au sein du groupe GE de par le monde.

Chez GE Capital en France, le programme Healthymagination est décliné sous l'appellation Capital Santé. Capital Santé est déployé dans tous les métiers et vise à « mettre en œuvre un programme au sein de GE Capital pour favoriser les gestes bénéfiques à la santé, pour tous les salariés, leurs familles et leurs proches, par de la sensibilisation et des conseils, et en faisant évoluer notre environnement de travail ».

Plus spécifiquement, nous cherchons à favoriser un changement de comportement. Les salariés doivent donc être familiarisés aux gestes dits « santé ». Il est également important de chercher à associer les familles à cette démarche : il est plus facile de changer de comportement si votre environnement proche vous accompagne dans ce changement. En France, il y a une séparation plus forte qu'aux Etats-Unis entre les sphères professionnelles et privées. Il faut donc une certaine créativité pour parvenir à associer les familles sans empiéter sur la sphère privée.

La démarche Capital Santé s'articule sur cinq thèmes que sont l'information et la prévention, l'alimentation, le sevrage du tabac, les activités physiques et sportives, et le bien être au travail. Il est important que ces thèmes s'inscrivent dans la stratégie de l'entreprise. C'est le cas pour notre groupe, qui est une entreprise de service où le capital humain est très important. Notre ambition est de dessiner un environnement où il fait bon vivre, où les collaborateurs ont envie de venir travailler et sont motivés et fiers de leur entreprise.

La santé au travail, quelle place pour le bucco-dentaire ?

En termes d'organisation, un Champion Capital Santé a été nommé, et un Comité Santé a été mis en place sur la base du volontariat. Il s'organise autour des fonctions clés du groupe. Les idées sont diffusées de manière organique, car chaque participant au programme a d'autres missions au sein de l'entreprise. Les actions sont suivies et les acteurs du programme travaillent sur une certification propre au groupe GE pour prouver l'efficacité du programme.

Cette certification, qui passe par un audit interne, vise entre autres à prouver que la direction s'est engagée pour favoriser les gestes santé. Un exemple est la mise à disposition de produits sains dans les distributeurs et de menus santé dans les restaurants.

En juin, nous avons tenu la première manifestation Capital Santé, et chaque jour de la semaine était dédié à un thème. Des ateliers ludiques, l'intervention d'un nutritionniste, des bilans santé coordonnés par le médecin GE, et d'initiations au Tai-chi ont été proposés aux salariés. Une newsletter mensuelle relaie les informations de nutrition et de conseil, et permet aux salariés de passer des petites annonces pour constituer des groupes de sport.

Nous lançons également un programme de sevrage du tabac. Les défibrillateurs et la formation au premier secours vont être mis en place d'ici fin 2010. Nous travaillons aussi sur les produits fournis dans les distributeurs ainsi que sur l'étiquetage des aliments en fonction de leur apport nutritionnel. La promotion de la marche à pieds et des exercices quotidiens font également partie du programme.

Des paniers santé seront fournis au bureau, et des formations en ligne sur les gestes santé et la gestion du stress au travail seront mises à disposition des collaborateurs.

Pour toucher les familles, un concours de dessin va être lancé auprès des enfants des collaborateurs sur le thème de la santé. Nous réfléchissons également à lancer une journée santé ouverte aux familles.

L'idée a été émise de travailler sur la prévention bucco-dentaire, un sujet rarement abordé en entreprise, qui pourtant intéresse les employés. Le sujet a une vocation naturelle à s'appliquer à la famille, et certains réflexes simples tels que le brossage méritent d'être mieux communiqués.

Le programme Capital Santé s'inscrit dans une stratégie de fond et de long terme. Il doit devenir une part de notre culture, « notre devenir et notre façon de vivre ».

La SNCF, une entreprise de santé

Ghislain CORBION

*Coordinateur national Prévention et Promotion de la Santé,
UMCPG-SNCF*

Tout d'abord, je souhaite préciser que je ne suis aucunement un représentant de l'entreprise SNCF. Je suis bien le responsable de la prévention et de la promotion de la santé de l'Union des mutuelles de cheminots. Je travaille en étroite collaboration avec le service médical de la SNCF, et avec la caisse de prévoyance. Deux millions de personnes sont régies par le système des régimes spéciaux, dont 576 000 cheminots inscrits au régime SNCF, notre caisse de prévoyance. Au 31 décembre 2008, on comptait 160 718 cheminots actifs inscrits au cadre permanent. L'union des mutuelles de cheminots a une couverture régionale et regroupe seize mutuelles régionales. Chaque région SNCF a en effet une mutuelle qui la couvre. 377 000 personnes cotisent auprès de la caisse de prévoyance, et 576 000 en sont bénéficiaires. Elle génère 1,7 milliard d'euros en termes de prestations, dont 31 millions pour les soins dentaires. Je vous laisse apprécier ce chiffre.

En termes de prévention, la caisse de prévoyance dépense 1,1 million d'euros, dont une partie est destinée aux bilans de santé, au BBD, aux campagnes de vaccination, au dépistage du cancer, au sevrage tabagique et aux tests et diagnostics de l'angine. Cette action de la caisse de prévoyance est menée en parallèle de la politique médicale de la SNCF.

La médecine du travail à la SNCF est compliquée. A une certaine époque, la SNCF était une entreprise de choix. Or, on constate à ce jour que de plus en plus de cheminots quittent l'entreprise, ce qui n'était pas le cas il y a dix ans. Un cheminot qui embrassait une carrière à la SNCF y restait jusqu'à l'âge de cinquante, voire cinquante-cinq ans. A l'heure actuelle, on observe un turnover au sein de l'entreprise au bout de cinq à sept ans de carrière.

La médecine du travail est aujourd'hui complètement dissociée de la médecine de soin à la SNCF. Au sein de la médecine du travail, la médecine d'aptitude a été sectorisée. Par conséquent l'employé fait lui-même l'objet d'une sectorisation médicale au sein de l'entreprise SNCF. Il n'est pas certain que cela constitue une avancée. La SNCF a logiquement mis en place un observatoire des conditions de vie au travail, ces dernières s'étant dégradées depuis une quinzaine d'années. Tout le monde pensait qu'il faisait bon vivre à la SNCF. Le plan d'amélioration indique bien qu'il y a eu une dégradation.

Les organismes paritaires ont défini un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail. Les situations à risque sont détectées, et un plan baptisé Dialogue stress a été mis en place. Enfin, il existe un accompagnement du changement au sein même de l'entreprise, lié aux souhaits d'évoluer au sein du groupe et de changer de métier.

L'UMCPG est une union de mutuelles de cheminots qui couvre 200 000 personnes et touche tous les métiers de la SNCF, de l'agent d'exécution au cadre supérieur. L'UMCPG est un acteur de la prévention et de la promotion de la santé. La santé est un bien qu'il faut préserver. Cela nécessite d'identifier les facteurs de risques, d'évaluer leur retentissement sur la santé, et d'apporter des solutions individuelles et collectives. Pour ce faire, sont élaborés des projets visant une modification des comportements, afin que chacun devienne acteur de sa santé.

La prévention est, selon nous, une composante indispensable de toute politique de santé. Elle est structurée et professionnalisée pour répondre aux attentes des mutuelles, puisque nous sommes à leur service. Nous sommes à ce propos de fervents défenseurs du projet Priorité Santé mutualiste et nous avons une stratégie mutualiste de différenciation pour réduire les inégalités sociales de santé, qui ne cessent de s'accroître au sein de l'entreprise SNCF.

Le Collectif de santé a choisi de développer trois axes de prévention. Le Collectif de santé, qui recouvre toutes les mutuelles du groupe SNCF, s'inspire des éléments recueillis sur le terrain et du travail de proximité que nous réalisons. Les axes de travail sont validés par le CA et l'UMCPG. Les axes s'intitulent « Mieux vivre au travail », « Bien manger, bien bouger », et « Mieux vieillir ». Le dernier axe aborde la vieillesse dès le plus jeune âge. La prévention bucco-dentaire est un thème transversal, figurant dans toutes nos actions. Nous disposons par ailleurs d'espaces dentaires mutualistes sur lesquels nous nous appuyons pour mener nos actions de prévention.

La collaboration avec l'UFSBD pourra concerner le premier axe.

Il y a eu 19 suicides sur les 18 derniers mois à la SNCF, qui a fait prendre conscience de la nécessité de lancer l'axe « Mieux vivre au travail ». Nous sommes en train de décliner l'axe en partenariat avec de nombreux acteurs. Au sein de cet axe, la mutuelle a un rôle de rassembleur, de conseiller, et de formateur, et ne se considère pas comme une énième organisation syndicale ou un représentant de l'entreprise. La problématique de la prévention de la santé permet d'aborder la question du stress au travail de manière à ne pas être perçu négativement.

Des comités régionaux se mettent en place et une action sur le bucco-dentaire pourra être intégrée dans cette thématique. Les pistes d'action concernent la réalisation d'un questionnaire, la réalisation d'une plaquette d'information, de modules de formation. Nous sommes partenaires des consultations Souffrance au travail à Paris et Lyon, et menons actuellement une réflexion sur les actions que nous pourrions mettre en place au niveau régional.

L'axe du « Bien manger, bien bouger » a été baptisé « le Printemps dans l'assiette », dont la troisième édition a eu lieu. Cet événement vise tant la population active que la population inactive, retraités et ayants droit. Un premier temps fort concerne les centres et le jeune public. Il s'accompagne systématiquement d'un dépistage bucco-dentaire. Le second temps fort se déroule lors des vacances et s'accompagne d'un dépistage bucco-dentaire systématique dans tous les centres, pour les enfants de six à dix ans. L'axe est également décliné dans les restaurants d'entreprise.

Le projet de santé publique, nommé « Plus saine la vie », a été expérimenté sur Marseille en lien avec l'axe « Bien manger, bien bouger ». Tous les cheminots se soumettent à un examen annuel médical et se voient proposer à cette occasion le calcul de leur IMC. Si celui-ci est anormal, il leur est alors proposé d'autres actions, selon leur volonté. La thématique inclut « priorité Santé mutualiste » pour accompagner l'agent volontaire. L'objectif est avant tout de définir des priorités pour améliorer la santé de chaque agent et faire en sorte qu'il se responsabilise. Il y a 4 600 participants par an à ce programme sur 100 000 visites médicales annuelles.

Dans l'axe « Bien vieillir », nous mettons en place avec les mutuelles des ateliers mémoires et équilibrés. Dans ce cadre, et comme l'individu est considéré comme responsable de sa santé, il est invité à fréquenter les centres dentaires ou à consulter un dentiste.

La mutuelle relaie les rencontres santé dans le cadre de Programme Santé Mutualiste. Cela s'inscrit dans le maintien de l'autonomie.

Notre devise est la suivante : « Quand on a la volonté d'agir en santé et au travail, on ne cherche pas des coupables dès qu'il y a un problème, on met plutôt toute l'énergie sur les solutions que l'on souhaite atteindre ».

Questions/Réponses

De la salle

Je voulais rebondir sur la culture du soin en France, qui répond à la question de la démographie professionnelle. Dans la région de l'Aine, le nombre de praticiens semble insuffisant. Par contre, le recours aux soins étant de 20 % par an, le nombre de praticiens suffit. Il faut arriver à changer les comportements et mettre en place une culture dite du « recours au soin », ce qui est différent de ce qu'on appelle « l'offre de soin ».

Patrick HESCOT

N'oublions pas que nous ne parlons pas que du soin, mais de la santé. Limiter le chirurgien-dentiste au soin risque de conduire à l'échec, l'objectif étant d'éviter la maladie.

De la salle

Monsieur HUI BON HOA a évoqué la notion d'employabilité et de la volonté du groupe de communiquer sur les actions qu'il met en place pour promouvoir l'entreprise. A l'inverse et dans le respect de chacun, lorsque vous recrutez, posez-vous des questions sur la consommation de tabac par exemple, et un bilan de santé ?

Alain HUI BON HOA

Il y a en France une législation claire à ce sujet et GE promeut en outre une valeur forte qu'est l'intégrité, il n'est donc pas question de recruter sur la base de questions sur la consommation de tabac ou un bilan de santé. Par contre, nous envisageons de présenter la démarche Capital Santé comme une valeur forte du groupe. Nous pensons que Capital Santé aura une capacité d'attraction sur les candidats. Nous pensons également que l'adéquation à nos valeurs est un gage d'une relation sur la durée entre le candidat et le groupe GE.

Véronique CHABERNAUD

Une enquête a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif pour savoir ce qui était mis à disposition des employés dans les entreprises en matière de prévention santé. Les proportions étaient très faibles. Était également demandée aux sondés leur adhésion quant au fait que les entreprises proposent des actions pour s'occuper de la santé des travailleurs. Les agents étaient d'accord à 89 %. Les axes souhaités pour mener des actions de prévention montraient le décalage entre les attentes des salariés et les propositions de l'entreprise. Le stress était la priorité pour les salariés, alors qu'il figurait parmi les dernières priorités des entreprises.

Il n'y a pas de réticence de la part des salariés à la mise en place de programmes de prévention, à partir du moment où il existe une volonté réelle affirmée d'améliorer leur bien être.

De la salle

Il semble que la taille des entreprises contribue à créer des inégalités sociales de santé. Les grosses entreprises françaises ont vu leur taille diminuer et les activités d'externalisations croître, telles que le gardiennage, le nettoyage et la restauration. Le défi des services de santé au travail et des mutuelles consiste surtout à toucher les salariés des petites entreprises.

Dans tous les programmes de promotion de la santé, les risques professionnels ont fait l'objet d'une réelle prise en charge et d'une prévention, avant que l'on mette en place des actions de promotion de la santé. Il est clair que la dissociation n'est pas possible au risque de mettre de côté tout un pan de la santé au travail, qui s'avère fondamental.

Véronique CHABERNAUD

Vous avez raison concernant les petites entreprises. Les complémentaires de santé et les branches professionnelles peuvent être d'une grande aide dans ce cadre, afin d'élaborer un programme de santé. Les outils doivent être mutualisés, notamment en s'appuyant sur les supports médias disponibles. Au Québec, plusieurs petites entreprises se sont fédérées pour obtenir un programme de santé, ce avec les mêmes résultats que des grands groupes. Le modèle doit donc être pensé différemment.

La sécurité au travail est la base de notre système français. Mais il faut développer en parallèle une notion de prévention santé plus globale. Les leviers de chaque individu sont multiples. Il faut trouver pour chacun le bon axe.

Patrick HESCOT

Comment concevez-vous, au sein des TPE, l'expérimentation des actions de prévention à la santé ?

De la salle

La priorité des services de santé au travail est de lutter contre les risques professionnels. On assiste à un décloisonnement depuis quelques années. Ainsi, les plans nationaux prévoient l'intervention d'un certain nombre de professionnels de santé à différents niveaux. Il pourrait y avoir une collaboration entre les mutuelles et les services de santé au travail sur les programmes de promotion de la santé, afin de s'adresser aux petites entreprises.

Nous essayons de plus en plus d'agir par branche, y compris pour les risques professionnels et d'entrer en relation avec les branches pour associer les employeurs, et transformer notre communication à leur égard. Les branches professionnelles apprécient réellement cette démarche. Nous avons par exemple travaillé avec l'ADF pour établir l'aide à la rédaction du document unique. Nous avons agi de la même façon avec la grande distribution. Nous essayons par ailleurs d'élaborer des outils communs, au niveau national, afin de porter un discours homogène et de toucher le plus grand nombre d'entreprises, y compris les petites.

Allocution de clôture

Dr Patrick HESCOT Président de l'UFSBD

Je souhaite conclure ce colloque par une note optimiste. Nous avons en effet montré que la profession de chirurgien-dentiste n'est pas cloisonnée, et n'est pas corporatiste. Nous avons apporté aujourd'hui des solutions pour améliorer le bien être physique, social et moral des citoyens. Le monde du travail constitue pour l'UFSBD un grand défi que nous entendons relever dès 2011. Nous sommes assez visionnaires, et les expériences de ce colloque peuvent permettre d'expérimenter, avec les acteurs volontaires tels que les groupes d'assurances, les mutualités et les entreprises.

Je rappellerais en conclusion qu'un colloque sert à décliner des propositions en action. Nous invitons tous les acteurs souhaitant intervenir à prendre contact avec l'UFSBD. Nous monterons ensuite des expérimentations, qui rentreront peut-être dans quelques années dans les habitudes de chacun, assureurs, mutuelles, médecins ou entreprises, pour que la santé dentaire prenne toute sa place.

Merci à tous de votre participation.

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