

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année 2004

Thèse n°45

**UN SERVICE MOBILE DE SOINS DENTAIRES :
POURQUOI ? POUR QUI ? COMMENT ?**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Julie CHAMBERLAND

Née le 16/09/1978

Le 3 novembre 2004 devant le jury ci-dessous :

Président : Monsieur le Professeur Bernard GIUMELLI Assesseur :

Monsieur le Professeur Olivier LABOUX

Assesseur : Monsieur Le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

Assesseur : Monsieur le Professeur Alain DANIEL

Membres invités : Monsieur le Docteur Christian AGARD, Madame
Caroline PLACAIS, Madame Anne-Marie FLEURY.

Directeur de thèse : Monsieur Le Professeur Olivier LABOUX

A Monsieur le Professeur Bernard Giumelli

Professeur des Universités

**Praticien Hospitalier des Centres de soins, d'enseignement et de
recherche dentaires**

Docteur d'Etat en Odontologie

Directeur du Pôle Odontologie

Département de Prothèse

Doyen de la faculté de Chirurgie Dentaire de Nantes

-NANTES-

Pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Merci pour votre enseignement et votre gentillesse.

*Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond
respect.*

A Monsieur le Professeur Olivier LABOUX

Professeur des Universités

**Praticien Hospitalier des Centres de soins, d'enseignement et de
recherche dentaires**

Docteur de l'Université de Nantes

Habilité à diriger des Recherches

Chef de service d'Odontologie Conservatrice et Pédiatrique

-NANTES-

Qui m'a fait l'honneur de diriger ma thèse.

Merci pour votre gentillesse, votre soutien et vos précieux conseils.

*Merci également pour la qualité de vos enseignements cliniques et
théoriques.*

Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLE

**Maître de Conférences des Universités
Praticien Hospitalier des Centres de soins d'enseignement et de
recherche dentaires.
Département de Prévention-Epidémiologie**

-NANTES-

*Qui nous a fait l'honneur de participer à ce jury.
Nous vous remercions pour la qualité de vos enseignements théoriques
et pratiques.
Trouvez ici l'expression de toute notre reconnaissance.*

A Monsieur le Professeur Alain DANIEL

Professeur des Universités

**Praticien Hospitalier des Centres de soins d'enseignement et de
recherche dentaires**

Docteur d'Etat en Odontologie

Chef de Service d'Odontologie Restauratrice et Chirurgicale

Chef du Département de Parodontologie

-NANTES-

Qui nous a fait l'honneur de participer à ce jury.

Qu'il reçoive ici le témoignage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Christian AGARD

Praticien

-NANTES-

*Qui nous a fait l'honneur de participer à notre jury.
Trouvez ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.*

A Madame Caroline PLACAIS

Assistante Sociale

-NANTES-

*Qui nous a fait l'honneur de participer à notre jury.
Trouvez ici l'expression de toute notre reconnaissance.*

A Madame Anne-Marie FLEURY

Infirmière

-NANTES-

*Qui nous a fait l'honneur de participer à notre jury.
Merci pour votre gentillesse et vos précieux conseils.
Trouvez ici l'expression de mes sincères remerciements.*

TABLE DES MATIERES :

1	INTRODUCTION.....	12
2	POURQUOI.....	13
2.1	La précarité – L’exclusion.....	13
2.1.1	Contexte actuel.....	13
2.1.2	Définitions.....	13
2.2	La santé.....	14
2.2.1	La définition de l’OMS de 1946.....	14
2.2.2	La Charte d’Ottawa (1986).....	14
2.2.3	Le Haut Comité de la Santé Publique (H.C.S.P.).....	14
2.3	Interactions entre précarité et santé.....	14
2.4	L’état du droit aux soins.....	15
2.4.1	Droits du Malade.....	15
2.4.2	Devoirs du Chirurgien-Dentiste.....	18
2.5	L’accès aux soins dentaires.....	19
2.5.1	Structures de soins dentaires existantes.....	19
2.5.2	Renoncements aux soins buccodentaires.....	20
2.5.2.1	Raison financière.....	20
2.5.2.2	La peur du dentiste.....	21
2.5.2.3	Raisons d’ordre psychologique et culturel.....	21
2.5.2.4	Raison d’ordre administratif.....	22
2.5.2.5	Comportement du professionnel.....	22
2.5.3	Répartition des professionnels sur le territoire.....	22
2.5.4	Accès aux soins pour les personnes âgées.....	22
2.5.5	Accès aux soins pour les personnes handicapées.....	23
2.6	Raison d’être d’un service mobile de soins dentaires.....	23
2.6.1	Pour la population précaire.....	23
2.6.2	Pour la population des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.....	24
2.6.3	Pour les zones rurales , péri-urbaines et défavorisées.....	24
3	POUR QUI.....	25
3.1	Les personnes en situation précaire.....	25
3.1.1	Médecins du Monde.....	25
3.1.1.1	La Mission France.....	25
3.1.1.2	L’Observatoire de l’Accès aux Soins.....	25
3.1.1.3	Etat des lieux en 2002.....	26
3.1.1.4	La population qui consulte.....	26
3.1.2	Association Bus Social Dentaire.....	27

3.1.2.1	Historique	27
3.1.2.2	Le coût d'un tel dispositif.....	29
3.1.2.3	Objectifs du Bus Social Dentaire	32
3.1.2.4	Organisation du Bus Social Dentaire	32
3.1.2.5	La population touchée	32
3.1.2.6	Le type de soins réalisés.....	33
3.1.2.7	Analyse de l'action.....	33
3.1.2.8	Perspectives envisagées.....	34
3.1.3	Nécessité d'aller vers ces populations.....	35
3.2	Les personnes âgées dépendantes	37
3.2.1	Etat des lieux	37
3.2.2	Risques liés à une dégradation de l'état buccal.....	39
3.2.2.1	Complications chez des patients à risque.....	39
3.2.2.2	La Malnutrition	39
3.2.2.3	L'image de soi.....	40
3.2.2.4	Autres troubles ou risques dus à un mauvais état bucco-dentaire.....	41
3.2.3	Une dimension éthique.....	41
3.2.4	Propositions	42
3.3	Les personnes handicapées.....	42
3.3.1	Etat de santé bucco-dentaire des personnes handicapées.....	43
3.3.2	Une coopération difficile.....	43
3.3.3	Accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes handicapées	43
3.3.4	Propositions.....	45
3.4	Les zones rurales, péri-urbaines et défavorisées	47
4	COMMENT	49
4.1	Différents types d'outils :.....	49
4.1.1	Les systèmes mobiles	49
4.1.2	Les systèmes portables	49
4.1.3	Avantages et inconvénients des systèmes mobiles et portables par rapport aux cabinets fixes traditionnels	50
4.1.3.1	Avantages	50
4.1.3.2	Inconvénients	51
4.1.4	Les systèmes mobiles type bus, camions ou vans.....	52
4.1.4.1	Le véhicule	52
4.1.4.2	Avantages par rapport aux systèmes portables	52
4.1.4.3	Inconvénients par rapport aux systèmes portables.....	53
4.1.5	L'équipement portable : Intérêt et choix	53
4.2	Un exemple de service dentaire mobile : La « clinique mobile de santé du Sud-Ouest » au Québec.....	54
4.2.1	Historique	54
4.2.1.1	Pratiques communautaires au Québec.....	54
4.2.1.2	La « clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest ».....	55
4.2.2	Réalisation.....	56
4.2.2.1	Justifier le besoin d'un service dentaire mobile.....	56
4.2.2.2	Financement du projet.....	57

4.2.2.3	Sensibiliser la direction et le personnel.....	58
4.2.2.4	Nommer un coordonnateur.....	59
4.2.2.5	Recruter et former l'équipe dentaire	59
4.2.2.6	Choisir et acheter l'équipement dentaire portable.....	60
4.2.2.7	Organiser le service dentaire	61
4.2.2.8	Fonctionnement de « la Clinique mobile de santé dentaire du Sud- Ouest ».....	63
5	CONCLUSION	64

1 INTRODUCTION

Tous les acteurs du système de santé français, praticiens, politiques, organismes sociaux, reconnaissent le droit à chaque patient de recevoir des soins de qualité. Ils semblent pourtant parfois en désaccord sur les moyens pour arriver à offrir à toute la population « des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science ».

Selon l'article 373 du Code de Santé Publique, « la pratique de l'art dentaire comporte le diagnostic et le traitement des maladies de la bouche, des dents et des maxillaires, congénitales ou acquises, réelles ou supposées » .

Le domaine d'intervention du chirurgien-dentiste est donc vaste. La prise en charge du patient se doit d'être globale, allant du diagnostic à la guérison de problèmes inflammatoires, infectieux, fonctionnels et esthétiques. La pratique dentaire doit s'intégrer au traitement général du patient. On sait en effet qu'une pathologie bucco-dentaire peut avoir des répercussions parfois très graves sur la santé générale, lors d'une infection par exemple ou quand le patient est déjà fragilisé par une pathologie générale (diabète, maladies cardiovasculaires, ...).

La mise en place de la Couverture Maladie Universelle en 2000 a permis une avancée sociale importante dans l'accès aux soins dentaires pour les populations les plus démunies. Il reste néanmoins toujours des inégalités d'accès aux soins bucco-dentaires. La facturation des soins dentaires, notamment des prothèses, représente un obstacle pour certaines populations. D'autres barrières, d'ordre culturel, psychologique, physique, et même géographique provoquent l'exclusion des soins dentaires d'autres populations.

A l'heure de la réforme de l'Assurance Maladie, il convient de s'intéresser à l'accès aux soins dentaires pour les populations actuellement exclues de ces soins.

Des solutions alternatives comme une « dentisterie mobile » sont-elles une orientation possible pour résoudre ces situations d'exclusion ?

Certaines lacunes du système de soins buccodentaires peuvent-elles être comblées par ce type de pratique itinérante ?

Deux versants d'une pratique mobile dentaire seront présentés et analysés :

- une pratique mobile à l'aide de camions ou bus aménagés en véritables cabinets dentaires,
- une pratique mobile à l'aide d'équipement dentaire portable (utilisés depuis longtemps par les forces armées, mais n'étant miniaturisé, léger, compact et réellement portable que depuis une vingtaine d'années).

Nous verrons en premier lieu la raison d'être d'un service mobile de soins dentaires. A quels besoins une telle pratique peut répondre ?

Dans le contexte social et démographique actuel, quels bénéfices peut offrir une pratique itinérante de la dentisterie ? Dans un système de soins déjà complexe, ajouter un nouveau type de structure peut-il s'avérer utile ?

Nous présenterons, dans une deuxième partie, les populations auxquelles un système mobile de soins dentaires peut s'adresser et apporter une amélioration de leur santé orale.

Puis, en utilisant l'expérience de structures mobiles de soins, existant ou ayant existé, en France ou dans le Monde, nous montrerons comment organiser efficacement un service mobile de soins dentaires.

2 POURQUOI ?

2.1 La précarité – L'exclusion

2.1.1 Contexte actuel

La France est l'une des nations les plus développées du monde. Sa croissance est régulière dans l'ensemble. Pourtant, malgré cette situation privilégiée, la pauvreté s'étend, le nombre de chômeurs reste important. Notre société voit s'accroître les phénomènes de précarisation, surtout dans le domaine de l'emploi.

2.1.2 Définitions

La précarité est le résultat d'une suite d'évènements et d'expériences, qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale.

Elle se définit comme un état d'instabilité sociale caractérisé par « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de ré-assumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible »¹ (J.Wrezinski , fondateur d'ATD Quart-Monde).

Pour le Haut Comité de la Santé Publique, la précarité se définit comme un « processus de fragilisation conduisant à une plus grande vulnérabilité face à un certain nombre de handicaps sociaux, coûteux pour l'individu et susceptibles d'entraîner un glissement vers des situations plus durables et plus dramatiques, proches de la grande pauvreté ou de l'exclusion »² .

Les formes extrêmes de la précarité sont l'exclusion et la grande pauvreté. Les individus les plus fragiles face à ce processus de précarisation sont en premier lieu ceux qui vivent dans une instabilité sociale . Nous citerons par exemple les enfants déscolarisés, les chômeurs de longue durée, les individus ayant des emplois précaires... Au delà de ces situations , il existe un nombre important d'individus qui se sentent ou qui sont menacés par l'évolution rapide de la société . Ceux-là, si la

¹ Wrezinski J., « grande pauvreté et précarité économique et sociale »,Journal Officiel, Paris, 1997

² Haut Comité de la Santé Publique, La progression de la précarité en France, Février 1998

précarité de leur emploi se cumule avec d'autres handicaps par exemple, risquent plus fortement de glisser vers une forme extrême de la précarité.

2.2 La santé

2.2.1 La définition de l'OMS de 1946

La santé est présentée par l'OMS comme « un état complet de bien-être physique, mental, et social » qui « ne consiste pas seulement en l'absence de maladies et d'infirmités »³. Cette définition célèbre donne une image globale de la santé. Elle met en évidence le rôle de la souffrance psychologique et mentale sur l'état de santé des populations précaires.

2.2.2 La Charte d'Ottawa (1986)

L'OMS module sa définition de 1946 par cette Charte. Elle fixe les bases et les objectifs prioritaires de toute politique nationale de santé : « Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne et non comme but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. »⁴

La charte énumère les conditions nécessaires à la santé : le logement, l'éducation, l'alimentation, des revenus certains et durables, un écosystème stable, une justice sociale. Elle touche ici au problème de la précarité et de son lien avec la santé. La Charte d'Ottawa, à ce sujet, remarque que «la bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie ». Elle rappelle également que la santé est en relation directe avec les droits fondamentaux que tout individu de toute démocratie devrait avoir.

2.2.3 Le Haut Comité de la Santé Publique (H.C.S.P.)

Après analyse des différentes approches de la santé, notamment de celles de l'OMS, le H.C.S.P. définit la santé ainsi : « la santé n'est pas un état passif indéfiniment acquis, mais une conquête toujours provisoire. Elle est soumise à l'expression du potentiel génétique et aux effets pathogènes des modes de vie et de l'environnement »⁵.

2.3 Interactions entre précarité et santé

Au vu des précédentes définitions, nous pouvons prévoir que les interactions entre la précarité et la santé sont multiples. Par exemple, la précarisation va engendrer plus tôt certaines conduites de consommation (tabac, alcool, alimentation), ce qui aura des conséquences plus tard sur la santé.

³ Organisation Mondiale de la Santé / Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Les soins de santé primaires, conférence internationale sur les soins de santé primaires, Genève, 1978

⁴ O.M.S., Charte d'ottawa, 1986

⁵ Haut Comité de la Santé Publique, « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », février 1998

La précarité et la désocialisation qu'elle engendre vont perturber et modifier l'image du corps et ses besoins de santé, notamment sur les jeunes et les adolescents. Le poids des problèmes familiaux et des conditions de travail a des effets indubitables sur la santé.

Les carences dans l'enfance (affectives, d'hygiène, de soins, de rapports sociaux...) dues à une précarité économique, sociale et familiale sont toujours un risque pour la santé (H.C.S.P.) et ce d'autant plus qu'elles se réitèrent à l'âge adulte (emplois précaires, pénibles ou dangereux, faible protection sociale, accès et recours aux soins et aux droits sociaux difficiles, vie familiale bouleversée...). A ces carences s'ajoute souvent un sentiment d'échec, d'humiliation qui fragilise d'autant plus la vie relationnelle.

On parle de « boucle de précarisation » : accident ou maladie / chômage / emploi déqualifié ou inadapté / démoralisation ou rechute / arrêt maladie / chômage de longue durée / isolement et parfois ruptures familiales et exclusion sociale.

2.4 L'état du droit aux soins

2.4.1 Droits du Malade

Le droit à la santé est inscrit dans la Constitution française. La législation a créé des conditions permettant l'accès aux soins de façon universelle. La prise en charge des soins existe sous plusieurs formes :

- L'assurance maladie : toute personne qui travaille ou qui a travaillé et qui règle ses cotisations au régime de l'assurance maladie, bénéficie d'une couverture, si sa situation en France est régulière.

Pour les consultations externes, dont les soins bucco-dentaires font partie, la sécurité sociale va prendre en charge 70 % des soins inscrits à la nomenclature, sur la base des tarifs de la sécurité sociale. Les 30% restants sont ce qu'on appelle le Ticket Modérateur. Le Ticket Modérateur est couvert par la mutuelle ou reste à la charge du patient si celui ci n'en possède pas.

Dans certains cas particuliers, il y a une exonération du Ticket Modérateur si les soins sont en rapport avec :

- o une ALD (Affection Longue Durée)
- o une invalidité
- o une grossesse à partir du 5^{ème} mois

Toute personne, si elle réside en France depuis plus de trois mois en situation régulière, bénéficie de la Sécurité Sociale (sans délai pour les réfugiés, apatrides, ressortissants de la CEE). La loi prévoit des affiliations de plein droit pour les titulaires du R.M.I. et leur famille, et les personnes âgées de 17 à 25 ans satisfaisant aux conditions de ressources et de résidences fixées par la loi, pour l'attribution du R.M.I..⁶

⁶ Article L 187-2. IV de la loi n°92722 du 29 juillet 1992

Pour les malades étrangers, les prestations d'assurance maladie et maternité dépendent de la régularité de séjour selon la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France : « Les personnes de nationalité étrangère ne peuvent être affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale que si elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France ou si elles sont titulaires d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour. Un décret fixe la liste des titres ou documents attestant la régularité de leur situation. »⁷

- La CMU (Couverture Maladie Universelle) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, grâce à la loi du 27 juillet 1999. Elle devait permettre de faire disparaître les inégalités dans l'accès aux soins et à la prévention pour de nombreuses personnes résidant en France.

Elle comporte deux versants : la CMU de base et la CMU complémentaire, c'est à dire, respectivement, un droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire français, ainsi qu'un droit, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite, avec dispense d'avance des frais.

- o La CMU de base :

Elle permet d'affilier automatiquement au Régime général de l'assurance maladie toute personne résidant en France de façon stable et régulière, si elle n'a pas de droits ouverts à un autre titre à un régime d'assurance maladie (à titre professionnel, d'allocataire ou d'ayant droit d'un assuré).

Les CCAS⁸ et les organismes agréés pour faire élection de domicile jouent un rôle prépondérant dans l'attribution de la CMU de base pour les personnes sans domicile fixe.

L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès de la Caisse d'assurance maladie. Les personnes dont le revenu fiscal annuel est supérieur à 6505 euros (42670 F) doivent payer une cotisation annuelle de 8 % sur le montant des revenus supérieur à ce seuil. Les personnes dont le revenu fiscal est au dessous du seuil, les bénéficiaires du R.M.I. et ceux de la CMU Complémentaire n'ont pas de cotisations à payer.

- o La CMU complémentaire :

C'est une couverture complémentaire gratuite pour toute personne résidant en France de manière stable et régulière sous conditions de ressources fixées par décret. Elle remplace l'Aide médicale à domicile (AMD, anciennement AMG) dispensée par les conseils généraux dans le cadre de l'aide sociale décentralisée. Les personnes qui bénéficiaient en 1999 de

⁷ Article L 115-6 de la loi n°93-1027 du 24 août 1993 et Décret n°94-820 du 21 septembre 1994

⁸ CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

l'Aide Médicale à domicile, y compris les bénéficiaires du R.M.I., ont été transférées automatiquement à la C.M.U. au 1^{er} janvier 2000.

La C.M.U. complémentaire permet la prise en charge avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires (« dépassements d'honoraires ») concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunettes, prothèses auditives,...).

Le demandeur choisit si les prestations seront gérées par une caisse d'assurance maladie ou un organisme complémentaire ayant indiqué vouloir assurer cette gestion. Le choix d'un organisme complémentaire permet à la personne de bénéficier à la sortie du dispositif d'une protection complémentaire auprès de cet organisme à tarif préférentiel pendant 1 an. L'ouverture des droits est dépendant du dépôt d'une demande auprès d'une caisse d'assurance maladie. Le plafond de ressources concerne les ressources des douze derniers mois précédant la demande et varie selon la composition du foyer. Il est majoré de 50% pour la 2^{ème} personne, de 30% pour les 3^{ème} et 4^{ème} personnes, et de 40 % à partir de la cinquième personne. Le foyer C.M.U. se compose du demandeur, de son conjoint et des enfants de moins de 25 ans sous certaines conditions. Le plafond de ressources est en 2000 de :

- 533,57 euros mensuels pour une personne seule (3500 FRF),
- 800,36 euros pour un couple (5230 FRF),
- 960,43 euros pour trois personnes (6300 FRF),
- 1120,50 euros pour quatre personnes (7350 FRF)
- 213, 43 euros de majoration par personne supplémentaire à partir de 5 personnes (1400 FRF)

Les droits à la CMU complémentaire sont ouverts pour un an, renouvelables 2 mois avant leur expiration.

- L'aide médicale de l'Etat (AME) :

Elle prend en charge , sous condition de ressources, les frais de santé des personnes qui ne peuvent pas remplir les conditions de stabilité et de régularité de résidence pour bénéficier de la CMU. Elle s'adresse aux étrangers qui sont en situation régulière mais dont la présence sur le territoire est inférieure à 3 mois, ou aux étrangers en attente de régularisation de leur situation administrative.

Il est prévu un double palier d'accès aux prestations. Les dépenses concernant les soins dispensés dans un établissement de santé et les prescriptions ordonnées à cette occasion par un praticien hospitalier, y compris en cas de consultation externe, sont prise en charge sans que la personne ait à justifier d'une durée de résidence en France. Par contre, la prise en charge des soins de ville n'est possible que si la personne a été présente sur le territoire français de manière continue pendant 3 ans.

L'AME prend en charge 100% du tarif de la sécurité sociale, c'est à dire la partie « Sécurité sociale » comme le ticket modérateur.

- D'autres aides complémentaires peuvent être allouées sous conditions de ressources par les C.P.A .M., les Centres d'Action Sociale des Mairies, des associations comme le secours catholique.

Nous verrons plus loin que la complexité des aides complémentaires, essentielles vu l'état actuel de la nomenclature N.G.A.P. , est un des facteurs de renoncement aux soins bucco-dentaires.

Dans le contexte actuel de la réforme de l' assurance maladie, des modifications sur les mesures existantes comme l'instauration de nouvelles mesures, notamment sur une aide à la mutualisation, sont susceptibles d'être réalisées par le gouvernement .

2.4.2 Devoirs du Chirurgien-Dentiste

Le chirurgien dentiste participe activement au système de santé. Il est soumis au code de Déontologie, et également au code de Santé Publique . Le code de Déontologie structure la profession par un cadre éthique, quelques articles sont à rappeler pour notre travail :

Article 8 :

« Le chirurgien-dentiste doit soigner avec la même conscience tous ses patients, quels que soient leur origine, leurs mœurs, et leur situation de famille, leur appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ».

Article 28 :

« Le chirurgien-dentiste doit mettre son patient en mesure d'obtenir les avantages sociaux auxquels son état lui donne droit, sans céder à aucune demande abusive ».

Article 27 , 1^{er} alinéa :

« Le chirurgien-dentiste qui a accepté de donner des soins à un patient s'oblige :

- à lui assurer des soins éclairés et conformes aux données acquises de la science, soit personnellement, soit, lorsque sa conscience le lui commande, en faisant appel à un autre chirurgien-dentiste ou à un médecin. »

Le code de Santé Publique dans un article précise pour les établissements publics qu'ils doivent garantir « l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toute personne dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir jour et nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement. Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement. »⁹

La loi hospitalière de juillet 1991 a intégré à part entière l'odontologie dans l'Hôpital au même titre que la Médecine et la Pharmacie.

⁹ Article L 711.4 du Code de Santé Publique

De ces différents textes, nous pouvons retenir que :

- le chirurgien-dentiste se doit de soigner toute personne sans discrimination
- le chirurgien-dentiste doit connaître les mécanismes administratifs (et leur complexité en matière de précarité ...) pour aider ses patients à obtenir les avantages sociaux auxquels ils ont droit.
- le chirurgien-dentiste doit assurer des soins qualitatifs (« données acquises de la science ») et éclairés, ce qui sous-entend un suivi du patient et une prise en charge globale.
- L'obligation de continuité des traitements est clairement soulignée pour les établissements publics de santé ainsi qu'une prise en charge de tout soin pour toute personne.
- L'odontologie, intégrée dans les textes à l'Hôpital, doit participer activement à la prise en charge globale du patient hospitalisé.

De plus, les chirurgiens dentistes doivent effectuer les soins dans un climat d'empathie. Comme le souligne M.Yardin dans son ouvrage¹⁰ , « l'odontologie appartient aux pratiques scientifiques et humanistes qui ont pour but, certes de connaître les maladies et les hommes, mais aussi de soigner des personnes et parfois de les guérir ».

2.5 L'accès aux soins dentaires

2.5.1 Structures de soins dentaires existantes

Les soins bucco-dentaires en France s'organisent essentiellement dans un **système libéral**. Les chiffres relevés dans le Rapport Berland¹¹ sont de 42 378 praticiens inscrits à l'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes et de 40 481 selon la D.R.E.E.S. en janvier 2002, soit une densité de 68/100 000 habitants. Le nombre de praticiens en exercice n'a jamais été aussi élevé. L'art dentaire se réalise en grande majorité dans des cabinets dentaires libéraux sous forme d'exercice individuel ou en association. Il existe un nombre minime de chirurgiens-dentistes salariés (environ 2300).

A coté des ces structures de ville, il existe un **exercice hospitalier**. Une mission de soins est assurée dans les C.H.U.. Sur 31 C.H.R.U.¹², on en dénombre 21 qui possèdent un service d'odontologie, dont 15 liés à une faculté d'odontologie dans le cadre d'un C.S.E.R.D.¹³ Notons que parmi les nombreux Centres Hospitaliers Généraux du territoire, peu sont organisés et équipés pour une vraie activité de soins bucco-dentaire (selon le Rapport Berland).

Les **Permanences d'Accès aux Soins de Santé** (PASS) sont des dispositifs hospitaliers permettant d'améliorer l'accès aux soins des personnes démunies à l'ensemble du plateau technique de l'hôpital (y compris les consultations de médecine générale) et aux médicaments délivrés par la pharmacie de l'hôpital. Les

¹⁰ YARDIN M., « Odontologie Globale », Edition MASSON, 1995

¹¹ BERLAND Y., « Démographie des professions de santé », Rapport remis au Ministre de la santé, de la famille, et des personnes handicapées, décembre 2002

¹² C.H.R.U. : Centre Hospitalier Universitaire et Régional

¹³ C.S.E.R.D. : Centre de Soins, d'Enseignement et de Recherches Dentaires.

PASS ont également la fonction d'accompagner les personnes en difficulté dans les démarches nécessaires au recouvrement de la couverture maladie. Elles ont été mises en place dans le cadre de la Loi de Lutte contre les Exclusions (juillet 1998). Il s'agit d'offrir des consultations polyvalentes et un service social, et de permettre ainsi à la population démunie d'intégrer ou de réintégrer le système de droit commun dans de bonnes conditions.

A Nantes, la PASS (dénommée « consultation Jean Guillon ») s'organise autour d'un médecin, d'une assistante sociale, et d'infirmières. Selon le rapport d'activité de l'année 2002¹⁴, l'activité médicale de la consultation Jean Guillon a atteint un rythme « de croisière » et accueille près de 850 nouveaux patients par an et assure entre 2500 et 3000 consultations médicales par an.

Les patients chez qui le médecin constate des besoins dentaires sont envoyés au Centre de Soins Dentaires. Deux vacations spécialisées par semaine y sont assurées afin d'éviter une liste d'attente trop longue chez ces patients fragiles et renonçant facilement au suivi des soins. Dans le cas d'une urgence bucco-dentaire, les patients de la PASS sont vus comme les autres patients, au plus tôt.

Le monde associatif offre également des structures d'accès aux soins dentaire. Médecins du monde assure des permanences de soins bucco-dentaires. A Nantes, à ce jour, des dentistes soignent gratuitement un jour par semaine.

Malgré l'existence de ces différentes structures de soins dentaires, un nombre important de personnes renoncent à y avoir recours.

2.5.2 Renoncements aux soins buccodentaires

. D'après le C.R.E.D.E.S., 43% des cas de renoncement aux soins relèvent du secteur dentaire. Les raisons de ce renoncement sont multiples.

2.5.2.1 Raison financière

Dans son rapport, Françoise Roth affirme que « 22% de personnes renoncent aux soins dentaires pour raisons financières (sur un échantillon de 11 528) ».¹⁵ Selon un rapport du COME¹⁶ de 1995, « les soins dentaires sont de très loin ceux pour lesquels les personnes renoncent à faire appel pour des raisons financières ; les soins dentaires se caractérisent, du point de vue des ménages, par une prise en charge particulièrement faible par l'assurance maladie, en particulier pour les plus chers d'entre eux (appareils amovibles et prothèses fixées). La prise en charge par la protection complémentaire ne comble généralement pas entièrement cette lacune et on a donc une relation forte entre faible prise en charge collective des soins et renoncement... ».

La mise en place de la CMU a permis une grande avancée sociale en permettant à de nombreuses personnes l'accès à l'assurance maladie et la gratuité des soins. C'est une vraie amélioration de l'accès aux soins dentaires. Pourtant, pour

¹⁴ CHU de Nantes, Permanence d'Accès aux soins , « Rapport d'activité de l'année 2002 »

¹⁵ ROTH F.,Rapport « L'accès aux soins bucco-dentaires dans le cadre de la précarité »- mars 1999

¹⁶ C.O.M.E. : Centre Odontologique de Médicométrie et d'Evaluations

certains soins mal pris en compte par la NGAP¹⁷ comme les soins prothétiques et l'ODF, il reste des lacunes, de même pour les soins hors-nomenclature.

La nomenclature, qui valorise peu les soins conservateurs et la prévention, et qui tolère un certain dépassement d'honoraires pour les actes de prothèses par exemple, oblige les chirurgiens dentistes à augmenter le montant de ces dépassements pour conserver leur pouvoir d'achat, mais aussi simplement pour répondre au coût d'exploitation élevé d'un cabinet dentaire (s'élevant, selon le rapport de Françoise Roth, à un coût horaire moyen de 575 francs en 1999, dont 225 francs de bénéfices). Les progrès techniques permettant de donner des soins performants ne sont pas non plus assez considérés dans la NGAP. Les dentistes sont pourtant et justement contraints d'offrir des « soins conformes aux données acquises de la science ».

Il reste aussi une large partie de la population qui n'a pas les moyens financiers de financer une complémentaire mais qui a des revenus supérieurs aux minima sociaux retenus pour obtenir une aide complémentaire. Ceux-là ont de réelles difficultés à prendre en charge leur santé dentaire, surtout au niveau prothétique.

2.5.2.2 La peur du dentiste

La peur du dentiste reste un motif de renoncement fréquent. L'image négative véhiculée par notre profession, malgré les progrès importants dans la gestion de la douleur notamment, est responsable de renoncements aux soins dentaires chez encore trop de patients.

2.5.2.3 Raisons d'ordre psychologique et culturel

Les personnes défavorisées ne traitent pas leurs problèmes de santé prioritairement, ceci par rapport à leurs problèmes d'emploi et de logement. Les priorités sont hiérarchisées et la santé bucco-dentaire ne tient pas la première place ! On observe une non-perception des besoins, une conscience perturbée de l'état de santé. Les situations d'exclusion provoquent une dégradation de l'image de soi, ce qui se répercute sur la santé : en effet, cette souffrance sociale se traduit par un désintérêt vis-à-vis de son propre corps et une apathie.

La situation d'exclusion est aussi caractérisée par une question récurrente : « la manière de tuer le temps ». On observe un « repli sur l'immédiateté », comme le souligne le HCSP¹⁸, ce qui ajoute une difficulté à l'accès aux soins, possible le plus souvent sur rendez-vous. Cette situation est perceptible notamment chez la population bénéficiaire de la CMU, qui ne se rend pas à ses rendez-vous ou qui consulte en urgence dans une plus grande proportion que la population générale.

Des barrières culturelles, comme la méconnaissance du besoin, ainsi qu'un manque d'information sur le recours aux traitements possibles s'ajoutent aux motifs de renoncement rencontrés.

¹⁷ NAGP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

¹⁸ HCSP, « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé », février 1998

2.5.2.4 Raison d'ordre administratif

Pour beaucoup, la situation de précarité est vécue comme une déchéance. Le fait de décrire leur situation sociale est vécue difficilement. Il en découle une perte de motivation pour effectuer les nombreuses démarches administratives nécessaires à l'établissement de leurs droits.

L'organisation du système de couverture maladie, ses mécanismes administratifs, se doivent d'être connus par les praticiens (selon l'article 28 du code de déontologie), mais ces mécanismes sont tellement divers que certains praticiens ne connaissent pas la totalité des subtilités de cette administration. Les usagers ont, eux-aussi, pour beaucoup une méconnaissance de leurs droits.

2.5.2.5 Comportement du professionnel

Malgré la loi sur la CMU et l'AME, qui donne droit aux soins avec dispense d'avance des frais, des praticiens refusent encore des patients bénéficiaires et ne respectent donc pas leur droit. C'est ce qui résulte d'une enquête réalisée par Médecins du Monde¹⁹.

Cette enquête téléphonique anonyme auprès de 230 dentistes libéraux montre que dans près de la moitié des cas, les dentistes ont refusé de soigner les bénéficiaires de la CMU (35,3%) et AME (52,6%), alors qu'aucun n'a refusé de soigner un bénéficiaire du régime général de la sécurité sociale. Il convient de préciser que sur ces refus, 60,4% ont été méprisants, (selon l'enquête). Ce comportement nuit à l'amélioration du système de soins. Si des efforts notables sont effectués pour un meilleur accès aux soins dentaires pour les plus démunis, il reste des comportements qui limitent cette amélioration.

2.5.3 Répartition des professionnels sur le territoire

Selon la « Mission Odontologie »²⁰ [30], le nombre de praticiens en exercice actuellement est suffisant, mais il existe une grande inégalité de répartition sur le territoire. L'offre de soins dentaires est concentrée dans les zones urbaines. Les zones rurales et péri-urbaines économiquement défavorisées sont mal couvertes.

De plus, la volonté des jeunes praticiens à travailler moins pour avoir une meilleure qualité de vie diminue l'offre de soins. Cette diminution du temps de travail est une tendance générale de la société moderne. La féminisation du corps médical accentue le phénomène.

2.5.4 Accès aux soins pour les personnes âgées

Les personnes âgées dépendantes représentent plus de 6 millions de personnes en France. Différentes enquêtes épidémiologiques montrent que l'état bucco-dentaire des personnes âgées en institution est préoccupant. Selon le rapport de la Mission Odontologie, seulement 15% des établissements d'accueil des personnes âgées assureraient des soins dentaires.

¹⁹ Médecins du Monde, FONTAINE A., SOFTIC S., « Les difficultés de l'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires des CMU et AME dans 11 villes de France », janvier 2003

²⁰ MASSONAUD J., BOIS D., MELET J., « Mission odontologie, octobre 2003

Les barrières à l'accès aux soins sont de plusieurs ordres. Melladee F. Marvin, dans un article²¹, cite en premier lieu une non perception des besoins par les personnes âgées comme par leurs soignants, comme raison principale de non recours aux soins bucco-dentaires. Un mauvais état de santé général peut également restreindre l'accès aux soins dentaires. L'envie de consulter peut être limitée à cause d'« une diminution des facultés cognitives », de la prise de médicaments et d'« une tolérance limitée aux interventions ». Les personnes âgées sont plus anxieuses et ont une faculté d'adaptation moindre face à des situations nouvelles. La visite chez le dentiste peut être dans ce cas plus difficile à mettre en place. Le problème du transport vers un lieu de traitement dentaire est un facteur non négligeable dans l'accès aux soins : la personne âgée peut ne pas être transportable ou refuser d'être transportée.

Le coût des soins dentaires peut être aussi un obstacle, mais selon M.F.Marvin, cela « ne constitue pas l'obstacle majeur ».

M.F.Marvin dénonce enfin « la tiédeur » des chirurgiens dentistes à traiter ces patients, qui leur semblent n' avoir « ni la patience, ni l'endurance, ni les moyens de subir le traitement ». Comme pour les personnes handicapées, la prise en charge des personnes âgées dépendantes demande un temps au fauteuil plus long, une disponibilité plus grande du praticien, parfois difficile à concilier avec le planning serré des praticiens libéraux.

2.5.5 Accès aux soins pour les personnes handicapées

Le problème de l'accessibilité des cabinets dentaires pour les personnes en fauteuil roulant est un premier point. L'accès au fauteuil dentaire peut aussi s'avérer difficile, ce qui compliquera le travail du dentiste si son poste de travail ne peut pas s'adapter.

Le manque de disponibilité, dû au planning chargé et au besoin de rentabilité d'un cabinet de ville, fait que ces patients ne reçoivent pas toujours leurs soins dans un contexte adapté à leur cas.

Par ailleurs, les institutions pour personnes handicapées ne reçoivent pas toujours la visite d'un chirurgien-dentiste ou n'ont pas l'équipement nécessaire au soin (fauteuil, rotatifs...).

Un obstacle à la prise en charge des patients handicapés par le secteur libéral est directement lié au manque de coopération du patient. Le praticien est amené alors à modifier les modalités du traitement ou à renoncer aux soins.

2.6 Raison d'être d'un service mobile de soins dentaires

2.6.1 Pour la population précaire

Les effets des conditions de vie et de travail sur la santé dans une situation de précarité supposent, comme le souligne le H.C.S.P., un « appel renforcé aux moyens de prévention primaire (éducation à la santé, médecine scolaire, médecine du travail, action sociale) plus qu'un renforcement des dispositifs de soins ».

²¹ MARVIN M.F., « Les inquiétudes que soulèvent l'accès aux soins dentaires pour les personnes âgées », Journal de l'Association dentaire canadienne, octobre 2001

La population précaire consulte surtout en urgence. Il y a une réelle insuffisance de soins réguliers due aux différents motifs de renoncement décrits plus haut. De plus, un pourcentage non négligeable de rendez-vous ne sont pas honorés. (plus de 30% pour le CSD du CHU de Nantes en 2001 pour les patients bénéficiant de la CMU ou de l'AME.)

Pour établir un suivi performant, le lieu doit être un lieu d'écoute, d'informations sur le plan social, en plus d'être un lieu de soins. Ainsi, un climat de confiance s'établissant, le contact sera plus facile. Les personnes précaires pourraient y rencontrer d'autres personnes précaires et créer des liens sociaux qui souvent leur fait défaut. La PASS et les deux vacations pour les patients de cette consultation au Centre de Soins Dentaire agissent en ce sens. Un service mobile de soins dentaires sous la forme d'un bus permettrait **d'aller vers** cette population qui renonce aux soins, sur les lieux qu'elle fréquente (sites d'associations comme La croix Rouge, Les restos du cœur par exemple).

Cette démarche active de la part de la profession peut aider les personnes précaires à prendre conscience de l'importance de leur santé bucco-dentaire. Elle peut les relancer dans un processus positif, tant par une remise en état de leur santé dentaire, que par l'écoute des praticiens, formés au préalable, ou par l'aide de travailleurs sociaux associés au bus (cf organisation du Bus Social Dentaire de Paris, chapitre 3.1.2.). L'intérêt d'une structure mobile tel un bus, est d'aller au devant des personnes qui ne viennent pas se faire soigner, comme la population précaire.

Il ne faut pas stigmatiser pour autant la population qui consulte. Cet écueil serait évité si ce type de structure mobile de soins dentaires était utilisée pour d'autres populations.

2.6.2 Pour la population des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées

Par l'intermédiaire de structures de soins mobiles ou portables, le dentiste pourrait aller vers cette population en institution. Ces visites régulières et organisées comblerait le manque de structures sur place (fauteuils, units). Les patients en fauteuil roulant ou alités pourraient recevoir des soins adaptés à leur état grâce à du matériel spécifique et portable jusqu'à leur chambre .

2.6.3 Pour les zones rurales , péri-urbaines et défavorisées

Dans son rapport de mai 2003, Charles Descours²² rapporte une suggestion du Conseil National de l'Ordre pour « la création de plateaux techniques mobiles, bus ou camions aménagés, respectant les normes de sécurité sanitaire » . Il souligne que ce type d'installation pourrait desservir les maisons de retraite, de santé, ou les centres pour personnes handicapées, mais qu'il pourrait très bien s'adapter au monde rural en conciliant « proximité pour la population et rentabilité pour les professionnels ». Ainsi les zones rurales ou péri-urbaines défavorisées, lieux où peu de dentistes veulent s'installer, recevraient un service dentaire de qualité et régulier.

²² DESCOURS C., « Propositions en vue d'améliorer la répartition des personnels de santé sur le territoire », Rapport remis au Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, mai 2003.

Un service mobile de soins dentaires peut répondre à différents besoins et ce pour différents types de publics. Nous allons voir successivement à quelles populations il peut améliorer la santé bucco-dentaire.

3 Pour qui ?

3.1 Les personnes en situation précaire

La précarité, au vu de sa précédente définition, est multi-factorielle et n'est donc pas facile à cerner. Les différentes études sur le sujet montre qu'il y a en France, probablement, 10 à 15 millions de personnes qui ont perdu récemment quelques-unes des sécurités essentielles assurant une certaine stabilité. Elles vivent donc dans une situation de grande vulnérabilité, notamment au niveau de leur santé. Les personnes les plus touchées sont : les adultes jeunes, les titulaires de bas revenus, les personnes ayant un niveau d'études faible, les personnes n'ayant pas de couverture complémentaire.²³

On estime qu'il y a en France 86 500 personnes Sans Domicile Fixe²⁴ et 3 millions de mal-logés.²⁵

3.1.1 Médecins du Monde

3.1.1.1 La Mission France

Médecins du Monde a été créé en 1980. Cette association de solidarité internationale découvre en 1985 « la nouvelle pauvreté » et se tourne vers la France en créant « la Mission France ». Ses objectifs sont d'accueillir et de soigner les personnes exclues du système de soin en mettant en place des consultations médicales et sociales gratuites. La mission France les aide à connaître leurs droits sociaux. Elle recueille également des informations sur cette population pour suivre son évolution et ainsi interpeller l'opinion publique et présenter des solutions.

3.1.1.2 L'Observatoire de l'Accès aux Soins

En 2000, la Coordination Mission France a mis en place un Observatoire de l'Accès aux Soins dans l'ensemble des centres d'accueil, de soins et d'orientation (au nombre de 24 en France). Cet observatoire est un outil de connaissance des populations rencontrées par les équipes de Médecins du Monde en France. Il permet à cette association de faire le lien entre les conditions de vie, l'environnement et l'état de santé de ces populations. Mais également d'observer les discriminations dans l'accès aux soins, les dysfonctionnements des dispositifs en place. Les rapports de cet observatoire ont pour finalité de proposer des améliorations sur le plan pratique et législatif.

²³ HASSOUN D., « Précarité et état de santé bucco-dentaire », CREDES, décembre 1998

²⁴ Source : Enquête INSEE, « Hébergement et distribution de repas chauds, le cas des sans domiciles », janvier 2002

²⁵ Source : Rapport 2002 sur l'état du mal logement en France, Fondation Abbé Pierre

3.1.1.3 Etat des lieux en 2002

La mise en application de la Loi de Lutte contre les Exclusions, la mise en place de la CMU et la rénovation de l'AME en janvier 2002, ainsi que la mise en place effective des Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans certains hôpitaux ont permis d'observer une baisse de fréquentation de la majorité des centres de la Mission France de Médecins du Monde. Pourtant, l'accès aux soins des populations les plus démunies reste très difficile.

En 2002, les centres de Médecins du Monde ont effectué près de 52 000 consultations médicales, dont 5698 consultations dentaires, pour près de 28 800 patients.

Les consultants des Centres de Médecins du Monde sont surtout des hommes (60,2%), jeunes (âge moyen : 33 ans). Près de 20% des patients ont entre 16 et 24 ans. Les patients sont surtout des étrangers (86,6%), parmi eux, près de 46,6% déclarent ne pas avoir de titre de séjour. Les autres sont le plus souvent dans l'attente du règlement de leur situation.

Pour 301 patients, la venue dans les centres de Médecins du Monde est supérieure à 10 visites dans l'année. Le plus souvent, la première visite est pour rencontrer un travailleur social. Puis chez ces patients, la souffrance psychique est plus souvent diagnostiquée, c'est pourquoi ils bénéficient d'un accompagnement plus long, malgré la fonction de l'association, qui est « d'orienter le plus vite possible les patients vers les structures de soin de droit commun ».

3.1.1.4 La population qui consulte

- 36,3% des consultants vivent dans un logement précaire (amis, famille, squat, caravane, foyer type CHRS²⁶), 18,5% vivent dans la rue. C'est à dire que plus de la moitié des patients des centres de Médecins du Monde vivent dans des conditions très précaires par rapport au logement.
- Plus de la moitié des consultants déclarent vivre seuls.
- 1,4% des patients déclarent avoir un emploi stable, 3,3% un emploi précaire, 14,5% un travail non déclaré, et 80,9% sont sans emploi.

Médecins du Monde, en se basant sur le seuil de pauvreté estimé à 755 euros²⁷, évaluent à 1,7% les personnes qui se situent au dessus de ce seuil :

Niveau de Ressources ²⁸	Nombre de personnes	%
Aucune ressource	8250	88,8
Moins de 100 euros	8288	89,3
100 euros et plus	997	10,7
Moins de 562 euros *	8941	96,3
562 euros et plus	344	3,7
Moins de 755 euros **	9123	98,3
755 euros et plus	162	1,7

²⁶ CHRS : Centre d'hébergement et de Réinsertion Sociale

²⁷ Le seuil de pauvreté qu'ils utilisent est celui calculé par Eurostat en 2000, qui fixe le seuil à 60% du revenu national médian équivalent.

²⁸ Il s'agit des ressources déclarables, prises en compte pour la CMU.

* seuil CMU pour une seule personne ** seuil de pauvreté
(Tableau tiré du « Rapport 2002 de l'Observatoire de l'Accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde »)

Sur le plan des droits, seuls 17% des consultants ont des droits ouverts à la couverture maladie, dans un des dispositifs prévus par la loi lors de leur première visite aux centres de Médecins du Monde. Pourtant, les dispositifs existent, la majorité des patients de ces centres est en droit de les solliciter.

Sur le plan de l'accès aux soins, l'obstacle le plus cité est l'absence de droits ouverts (52,3% des patients), puis : les difficultés financières (32,9%), la méconnaissance des droits (26,2%), les difficultés administratives (11,7%).

Concernant la santé bucco-dentaire, 5698 consultations dentaires, pour 2856 patients différents, ont été faites dans les 9 centres qui proposent des soins dentaires. Médecins du Monde souligne que :

- 6,2% des consultants de l'ensemble des 24 centres viennent pour voir un dentiste, même dans les centres qui n'en ont pas.
- Les consultations dentaires représentent 10% de l'ensemble des consultations médicales.
- L'indice CAO²⁹ des patients des centres de Médecins du monde est de 10,5. Ce chiffre témoigne du très mauvais niveau de santé bucco-dentaire des consultants.
- Dans les villes où l'association Médecins du Monde a des cabinets dentaires, 43% des patients viennent pour voir un dentiste !

Pour l'Observatoire de l'Accès aux Soins de Médecins du Monde, c'est « encore une preuve de la difficulté d'accès aux soins dentaires en France pour les plus démunis ».

3.1.2 Association Bus Social Dentaire

3.1.2.1 Historique

Le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes et Monsieur Xavier Emmanuelli, secrétaire d'Etat à l'action humanitaire d'urgence de l'époque, ont décidé en juillet 1995 de lancer une opération pilote en région parisienne.

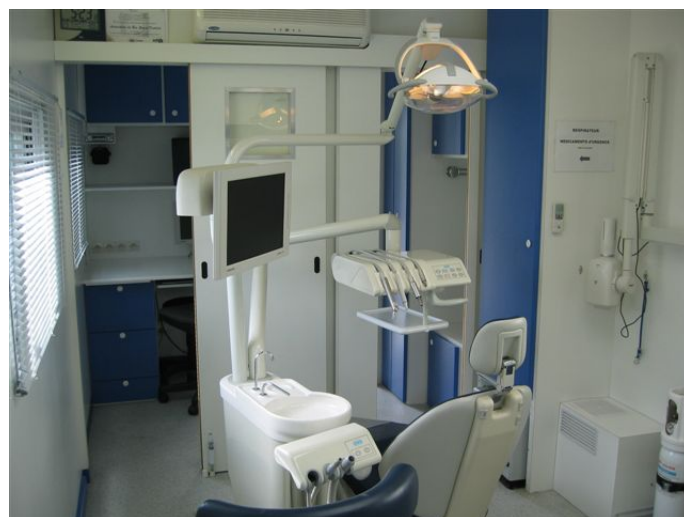
Le projet était de dispenser des soins dentaires ambulatoires vers les plus démunis, après constatation qu'un certain nombre de personnes n'avait plus accès aux soins, qu'elles échappaient au tissu social et sanitaire.

Fin 1995 et début 1996, une équipe de 110 dentistes bénévoles fut mobilisée, un appel aux fabricants et aux fournisseurs de matériel dentaire fut lancé. Le 29 janvier 1996, un ancien camion de la médecine du travail, aménagé en cabinet dentaire put dispenser sa première vacation aux restaurants du cœur de Nanterre. En octobre 1996, l' Association Bus Social Dentaire, association loi 1901³⁰, fut créée. Le premier camion, après des pannes à répétition, et la constatation de son ergonomie difficile, est changé une première fois fin 1996.

²⁹ L'indice CAO (dents Cariées, dents Absentes, dents Obturées) est un indicateur classique de santé bucco-dentaire

³⁰ Voir « Guide Pratique de l'association de Loire-atlantique », édition 2003, pour tous les statuts et l'organisation d'une association Loi 1901.

En 2002, un nouveau bus est construit, son ergonomie et son équipement en matériel dentaire est d'une grande qualité.





3.1.2.2 Le coût d'un tel dispositif

Plusieurs constructeurs de véhicules spéciaux ont été contactés par l'association du Bus Social Dentaire (Cf Annexes).

Le coût initial pour la réalisation du nouveau bus s'élève environ à 150 000 euros. Mais ce bus ne permet pas l'accès aux personnes handicapées, car il ne contient pas de hayon élévateur. Selon un document fourni par l'association du Bus Social Dentaire, le chiffrage d'un bus dentaire permettant un accès pour les personnes handicapées serait de l'ordre de 180 000 euros.

Le tableau ci-dessous, tiré d'un document donné par l'Association du Bus Social Dentaire, détaille les différents matériels et leurs prix indicatifs lors de la réalisation du nouveau bus dentaire, tarifs « catalogues », en juillet 2002 (sans prise en compte de possibles réductions).

	Caractéristiques techniques et pratiques	Prix indicatifs en Euros en 2002	Prix indicatifs (en francs)
Châssis camion	Type de véhicule : EUROCARGO TECTOR 100 E 17 PTAC/PTRA : 10 Tonnes/13,5 Tonnes Puissance : 170 ch.	38 000	249 263,66 F
Aménagement de la cellule	Devis global (avec 4 vérins hydrauliques)	79 273,49	520 000,01 F
Options	Accès patients handicapés	13 000	85 274,41 F
	<i>Stores à enrouleurs (6 baies) = 1750 €</i>		
	<i>Convoyage camion jusqu'à paris = 1000 €</i>		
Fauteuil dentaire		20 000	131 191, 40 F
Meubles dentaires		4800	31 485, 94 F
Albedo (lumière du jour)		1400	9 183, 40 F
RVG (Radiographie numérique)		5335,72	35 000, 03 F
Instrumentation rotative	Turbines et contre-angles	5 200	34 109,76 F
Compresseur (Power Tower)	Compresseur, Récupérateur d'amalgames, aspiration chirurgicale	5800	38 045, 51 F
Autre matériel dentaire	Autoclave	5 500	38 045, 51
	Bac à Ultra-sons	1700	11 151, 27 F
	Matériel chirurgical, etc...		
Matériel non dentaire	Informatique générale (type mini PC) Téléphonie Etc...	3500	22 958, 50 F
	TOTAL	183 509,21 €	1 203 741, 63 F

A ce coût initial, il faut ajouter le budget annuel de fonctionnement du dispositif :

DEPENSES 2004	EUROS	RECETTES 2004	EUROS
IMMOBILISATIONS	12 030	AUTRES FINANCEURS	119 720
Matériel de transport	9 650	Subvention DDASS 75	22 867
Installations techniques	440	Subvention DRASSIF	11 434
Installations générales	1 820	Subvention FNPEIS-Ass. Maladie	11 434
Matériel de Bureau, informatique	120	Subvention Ville de Paris	25 000
ACHATS	6 560	Subvention Conseil Général 92 (SDDSI 92)	30 489
Fournitures Dentaires	1 850	Subvention ONCD (part de la subvention 2003 reçue par anticipation)	12 196
Matériel dentaire	790	Subvention UNSAM	1 500
Carburant pour le camion	1 800	Subvention Fédération Mutualiste Parisienne	3 800
Fournitures d'entretien	120	Entreprises privées	1 000
Fournitures de bureau	2 000		
SERVICES EXTERIEURS	7 995	AUTRES PRODUITS	25 627
Entretien et réparations camion	2 150	GESTION COURANTE	
Entretien des locaux	300	Cotisations des adhérents	1 000
Documentation	295	Dons	400
Assurances	5 250	Remboursement CNASEA	24 227
AUTRES SERVICES EXTERIEURS	5262		
Missions et réceptions	150	COTISATIONS VOLONTAIRES EN NATURES	42 500
Frais bancaires	312	Loyers, Impôts locaux, etc...	9 500
Téléphone / Fax / Internet	2 600	Travail des bénévoles sur le bus dentaire (ETP=1 dentiste salarié à temps plein)	33 000
Affranchissement	1 000		
Transports (Fedex / Coursier)	200		
Honoraires expert comptable	1 000		
IMPOTS, TAXES ET VERSEMENTS ASSIMILES	550		
Médecine travail	350		
Participation Formation Continue	200		
CHARGES DE PERSONNEL	112 550		
Salaires	59 400		
Charges	45 850		
Tickets Restaurants	7 300		
CHARGES EXCEPTIONNELLES	400		
EMPLOIS des CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURES	42 500		
(Loyer, Impôts locaux)	9 500		
Travail des bénévoles sur le bus dentaire (un dentiste à temps plein)	33 000		
TOTAL DES DEPENSES (hors CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE)	<u>145 347</u>	TOTAL DES RECETTES (hors CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE)	<u>145 347</u>
TOTAL DES DEPENSES	<u>187 847</u>	TOTAL DES RECETTES	<u>187 847</u>

Tableau du budget prévisionnel 2004 fourni par l'association Bus Social Dentaire

3.1.2.3 Objectifs du Bus Social Dentaire

Le but premier du bus était d'aller à la rencontre des personnes sans couverture sociale et de soigner l'urgence dentaire, la douleur, puis de réorienter ces patients vers des structures de soins conventionnels adaptées à leur situation. Un objectif à plus long terme était « de contribuer à la fédération des structures existantes afin que quiconque puisse accéder à des soins dignes de ce nom ».³¹ Les praticiens bénévoles ont aussi pour but de « réconcilier des personnes en rupture de soins avec une profession vécue souvent de façon très traumatique par nombre d'entre eux ».

C'est une structure d'urgence dentaire et sociale, qui a pour rôle de susciter une possible réhabilitation orale et sociale.

3.1.2.4 Organisation du Bus Social Dentaire

Le bus circule dans le département des Hauts de Seine 5 jours par semaine. Des dentistes bénévoles se relaient pour assurer une vacation le matin (9h – 12h) et une l'après-midi (14h-17h).Le bus stationne près des locaux d'associations humanitaires qui lui fournissent l'eau et l'électricité.

L'équipe de terrain du bus est constituée d'un dentiste bénévole, d'une assistante dentaire, d'une coordinatrice sociale, d'un chauffeur. La coordinatrice sociale écoute les patients, remplit un dossier de suivi social, met en contact les patients avec les CCAS³², avec les assistantes sociales des centres de sécurité sociale, ou des circonscriptions du département. Elle suit par le dossier social, l'évolution sociale du patient. Elle contribue à réorienter les patients vers le système de soins classique.

L'équipe organisatrice est présente dans les locaux de l'association et gère toute la coordination téléphonique et épistolaire, nécessaire au bon déroulement sur le terrain. Elle s'occupe des plannings du mois, en fonction des disponibilités des chirurgiens-dentistes bénévoles, du secrétariat.

3.1.2.5 La population touchée

Evolution depuis 1999 :

année	Nb de vacations	Nb de patients	Nouveaux dossiers
1999	286	2119	761
2000	301	2235	847
2001	326	2336	796
2002	340	1873	879

Selon le bilan d'activité de 2002 :

La population est majoritairement masculine : 80% d'hommes

L'âge des patients est : pour 54% de 25 à 49 ans, 24% de 40 à 65 ans, 20% de 16 à 24 ans, 1% de plus de 65 ans, 1% de moins de 16 Ans.

³¹ Bilan d'Activité 1996 du Bus Social Dentaire.

³² CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

En majorité (75 %) , les patients soignés au sein du bus n'ont pas de droits ouverts, que ce soit d'une impossibilité permanente, ou temporaire. 11 % des patients ont l'AME³³, 7% bénéficient de la sécurité sociale, 3% bénéficient de la CMU Complémentaire, et 3% de la CMU seule.

Les patients qui ont été vus alors qu'ils avaient l'AME sont essentiellement des « Sans-Papiers », craignant de faire les démarches nécessaires pour se rendre dans les centres dentaires. Les patients soignés au bus, ayant des droits à la sécurité sociale sont le plus souvent des étudiants sans mutuelle, n'ayant pas la possibilité de payer les soins ou de faire l'avance du ticket modérateur.

Au niveau de l'hébergement, la population est essentiellement hébergée dans la famille ou chez des amis (58%), 12 % ont un hébergement de courte durée (en centre d'accueil par exemple), 9% ont un domicile personnel, 8 % sont des personnes Sans Domicile Fixe, 6 % ont un hébergement de longue durée, 4% vivent dans des squatts, 3% vivent à l'hôtel.

L'origine géographique dont sont issus les patients est pour 36% le Maghreb, 25 % l'Europe de l'Est, 21% l'Afrique, 9% la France, 3% le Moyen Orient, 2% l'Asie, 2% l'Union Européenne, 1 % l'Amérique du sud et 1% l'Amérique du Nord.

3.1.2.6 Le type de soins réalisés

Pour le bilan de 2002, sur 1873 patients on voit la répartition suivante :

- 17,4% de radios
- 15,9% de composites
- 14,4% de soins divers
- 14% de chirurgie
- 11,2% d'amalgames
- 10,9% de consultations
- 9,2% d'obturations canalaires
- 6,6% de curetages et détartrages
- 0,3% de réparations prothétiques

Le type de soins pratiqués est la traduction de vraies difficultés d'accès aux soins pour une population désocialisée mais qui n'est pas encore en exclusion totale. L'ultime mode d'exercice chez des personnes en état de clochardisation complète restant malheureusement le plus souvent la chirurgie, avec une réhabilitation prothétique par la suite.

3.1.2.7 Analyse de l'action

Le bus est une structure adaptée à la population en situation d'exclusion de part la facilité d'accès près des associations humanitaires où cette population se rend pour subvenir à d'autres de ses besoins plus prioritaires que les soins dentaires (nourriture, habillement,...). L'accueil convivial et la disponibilité de l'équipe du bus permet de créer un climat de confiance, permettant une certaine continuité des soins,

³³ AME :Aide Médicale d'Etat

une possible « fidélisation » du patient. La réponse clinique est concrète et immédiate face au besoin en soins d'urgence fréquent dans cette population.

Une des difficultés rencontrées par l'équipe du Bus Dentaire est que les patients en très grande exclusion viennent peu se faire soigner (par rejet, méfiance, manque d'information, impossibilité matérielle d'amener le bus sur les sites où ces patients se regroupent, horaires inadaptés, ou parce que les soins dentaires ne sont pas leur priorité).

La douleur est le principal motif de consultation au bus.

La prise en charge globale de la santé dentaire comme la prévention sont à motiver, expliquer, et sont déjà l'expression d'une certaine re-socialisation, re-structuration de la personne.

Le problème de la Langue (beaucoup ne parlent pas ou ne comprennent pas le français), le nombre restreint de visites, la formation et la disponibilité de l'équipe, le suivi des patients limitent une vraie approche de prévention au sein du bus.

La réorientation dentaire reste difficile : saturation de capacités d'accueil des centres de soins dentaires, délais d'attente, peu de structures dentaires pour ces populations,...De plus, il existe une certaine confusion sur le vrai rôle du Bus, car des structures sociales et même des hôpitaux adressent des patients au Bus, pour des soins longs (comme de l'endodontie par exemple).

Les démarches sociales sont souvent plus longues que les soins dentaires effectués, ce qui oblige l'équipe à faire des efforts de persuasion importants pour arriver à une orientation effective des patients vers des structures de prise en charge.

Un recensement actualisé des structures relais potentielles avec les capacités d'accueil effectives, les délais d'attente,... serait nécessaire.

Malgré le nouveau bus (grâce auquel les pannes majeures ont pu être évitées, il persiste des problèmes techniques : une vulnérabilité aux conditions climatiques (problème du gel sur les conduites extérieures d'alimentation en eau potable ou d'évacuation des eaux usées, faible kilométrage engendrant des démarrages difficiles par grand froid, ...), une saturation des capacités du bus. L'accueil sans rendez-vous des patients en situation d'urgence provoque des problèmes : tension, agressivité inhérentes à l'attente dans des lieux inadaptés (locaux d'association, ...) .

3.1.2.8 Perspectives envisagées

Le travail en réseau est indispensable avec les structures existantes, et ceci pour éviter de pérenniser le bus comme « une structure d'accueil et de soins dentaires pour Pauvres », et pour éviter sa saturation. Le Bus Social Dentaire doit être « une passerelle spécialisée d'accès aux soins amenant progressivement les patients exclus vers des structures plus générales ». Au sein d'un réseau de soins organisé, le Bus Social Dentaire serait le premier niveau relationnel.

Le Bus Social Dentaire a pour objectif à long terme d'aller vers tous les exclus du système de soins dentaires, que ce soit pour des raisons économiques (populations précaires) ou des raisons physiques (handicap, âge).

3.1.3 Nécessité d'aller vers ces populations

Dans son étude « Précarité et état de santé bucco-dentaire »³⁴, Didier Hassoun vérifie que « pour les populations précaires, la santé n'est pas une priorité, et particulièrement au niveau des affections buccodentaires ». Il constate que le principal motif de non recours aux soins est l'obstacle financier, et ce malgré l'existence de Droits, que les populations précaires « semblent souvent méconnaître, ou ont du mal à faire valoir ».

Les conclusions de cette étude, bien que réalisées avant la mise en place de la CMU, semblent se vérifier dans les observations réalisées après la mise en place de la CMU. Même si, (nous l'avons déjà souligné avant), l'avancée de la CMU dans l'accès aux soins pour les plus démunis est indéniable !

Une autre étude, (publiée par le CREDES³⁵ en septembre 2001 mais réalisée avant la mise en place de la CMU) sur les jeunes sans domicile ou en situation précaire, montre que sur le plan bucco-dentaire les conditions de vie, l'attitude de ces individus, sont délétères à un bon état bucco-dentaire. En effet, le taux de dents manquantes non remplacées dans cette population est bien supérieur à la population générale. Cet état de fait traduit aussi une non couverture de ces soins.

La démarche active, telle qu'elle se déroule avec le Bus Social Dentaire, d'aller vers ces populations qui, pour beaucoup, n'attendent plus rien sur le plan social ou médical peut avoir un rôle de déclencheur vers une « réinsertion », même par le soin bucco-dentaire. L'arrivée d'un bus dentaire peut amorcer une prise de conscience d'un besoin de santé bucco-dentaire .

En effet, un état bucco-dentaire délabré est un obstacle à la réinsertion. Par exemple, dans une étude épidémiologique (réalisée par l'UFR d'odontologie de Clermont-Ferrand et par l'URCAM d'Auvergne, visant à évaluer l'état de santé buccodentaire des adultes bénéficiaires de la CMU), 62% des participants ont répondu « se sentir mal à l'aise à cause de leur état dentaire » et 20% d'entre eux « allant jusqu'à limiter leurs contacts sociaux en raison de l'état de leur bouche ».

Les soins dentaires dispensés aux populations qui ont un état dentaire très délabré restaurent une meilleure apparence (comblement d'édentement par exemple), améliorent l'image de soi et contribuent ainsi à favoriser leur insertion.

Les chiffres rapportés par Médecins du Monde comme par le Bus Social Dentaire montrent que trop de patients n'ont pas encore accès à la couverture maladie préalable à un accès aux soins. Or l'accès de tous à la prévention et aux soins doit être une priorité nationale de santé publique. Ce principe n'aura que des effets positifs sur le budget de la sécurité sociale, dans le contexte actuel de réforme de l'assurance maladie. Les populations seront moins malades, auront moins recours

³⁴ HASSOUN D., « Précarité et état de santé bucco-dentaire », CREDES, décembre 1998

³⁵ CREDES, « Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire », enquête INED, Paris et petite couronne, février-mars 1998

aux dispositifs d'urgence, seront moins hospitalisés, et donc « coûteront moins cher ».

L'association de programmes de prévention ou de promotion de la santé aux dispositifs de soins est nécessaire pour améliorer de manière significative l'état bucco-dentaire des personnes défavorisées. En effet, dans l'étude réalisée par l'UFR d'odontologie de Clermont-Ferrand et l'URCAM d'Auvergne, les auteurs précisent que « le niveau de connaissance et d'utilisation du fluor et de l'hygiène dans la prévention de la carie dentaire est particulièrement faible ».

Ces mêmes auteurs soulignent aussi qu'il semble difficile pour les chirurgiens dentistes de soigner « une population qui fréquente les cabinets de façon irrégulière, qui a peur des soins dentaires et qui ne consulte qu' en situation d'urgence », que « l'obligation de respecter la liste des actes fixés dans le dispositif CMU ne permet pas toujours aux chirurgiens-dentistes de gérer, comme il serait souhaitable, la santé buccale des patients », pour conclure qu' « une meilleure prise en charge des soins dentaires pour les bénéficiaires de la CMU ne constitue pas le seul facteur susceptible d'influencer leur santé buccale ».

Paul Karsenty, chirurgien-dentiste conseil dans les Yvelines, remarque également lors d'un colloque de santé publique de l'UFSBD ³⁶ qu' « il existe également un facteur culturel de non recours aux soins : la peur de soins réputés douloureux, la sous-estimation de l'importance de l'hygiène et de la santé bucco-dentaire dans l'état de santé général, contribuent aussi à expliquer certains comportements de patients qui ne consultent qu'en cas d'urgence et abandonnent les soins nécessitant plusieurs séances. » .

L'importance de l'éducation sanitaire et de la prévention, notamment en milieu scolaire, est un facteur important pour atténuer les inégalités en matière de santé.

On peut se demander pourquoi, dans un système de soins de plus en plus organisé, une structure ambulatoire est nécessaire. On peut également s'interroger sur le devenir de cette population sur le plan médical et social si on lui assure des soins dans un contexte accueillant comme le « Bus Social Dentaire » : ne va-t-on pas l'éloigner des structures de soins et des services sociaux classiques ?

Dans son rapport de mars 1999, Françoise Roth analyse les différentes structures de soins bucco-dentaires de l'AP-HP ³⁷ dans le cadre de la précarité .Il en ressort que les structures existante sont sous utilisées et fonctionnent à la moitié voir au tiers de leur capacité.

Une structure mobile de soins dentaires pour les populations précaires aurait un intérêt si elle fonctionne comme dans les Hauts de Seine. C'est à dire utiliser l'urgence dentaire pour amener des populations qui renonçaient aux soins à se faire soigner. Un bus dentaire de ce type serait plus un outil d'éducation à la santé, d'information et d'orientation sociale. Les dispositifs précarité, comme la PASS, existants déjà au sein de l'hôpital, doivent être utilisés dans leur pleine capacité. Les praticiens libéraux devraient être plus sensibilisés à la prise en charge des patients

³⁶ UFSBD, « Education à la santé et Précarité : la santé dentaire en question », colloque national de Santé Publique, janvier 2002

³⁷ AP-HP : Assistance Publique –Hôpitaux de Paris

précaires, s'organiser en réseau pour assurer les soins primaires et urgents des patients sans droits.

Une formation à la relation d'aide aux populations précaires ainsi qu'un accompagnement des praticiens ou autre personne impliquée peut être nécessaire face à un public difficile. Dans « Précarité et Santé »³⁸, le besoin d'accompagnement des intervenants est souligné. Les risques encourus par la relation d'aide commence par une perte de distance, dangereuse car « ne permettant plus la juste appréciation de l'action à entreprendre ». L' empathie est indispensable mais il faut trouver la bonne distance. Cette distance, si elle n'est pas respectée, peut conduire « l'aidé » comme « l'aidant » dans une situation mutuellement fragilisante.

Pour les auteurs, un travail sur soi doit être réalisé par « l'aidant ». La relation d'aide renvoie en effet à la théorie du transfert élaborée par Freud. Ce transfert peut déstabiliser le soignant, si il n'est pas préparé, et rendre plus difficile la thérapeutique.

Le partenariat hôpital / praticiens de ville semble nécessaire et pourrait se faire par l'intermédiaire d'une structure mobile, pour améliorer l'accueil et les délais de rendez-vous de ces populations précaires.

L'implication de travailleurs sociaux au sein d'une structure mobile de soins dentaires pourrait par la suite, une fois le bus parti, faire perdurer l'information transmise dans le bus . Les chirurgiens dentistes seraient en mesure de donner l'information sociale à leurs patients dans leurs cabinets, les travailleurs sociaux pourraient sensibiliser davantage les populations des quartiers défavorisés qu'ils suivent sur leur santé bucco-dentaire. Un partenariat « professionnels médicaux et sociaux » favoriserait la diffusion de l'information tant sociale que bucco-dentaire.

Un bus bucco-dentaire pour les populations précaires serait plus « une démarche éducative pour aider les personnes en situation précaire à se reconstruire », comme l'analyse Anne-Marie Fleury dans son Mémoire de D.U. d'éducation pour la santé.³⁹

3.2 Les personnes âgées dépendantes

3.2.1 Etat des lieux

Les personnes âgées dépendantes représentent plus de 6 millions de personnes. Cette population va augmenter considérablement dans les années à venir avec la génération des « baby boomers ». Les enquêtes épidémiologiques réalisées auprès des personnes âgées vivant en institution montrent un état bucco-dentaire préoccupant .

Ainsi, une enquête réalisée par l'UFR d'odontologie de Rennes en 1995 montre que :

- 40% des personnes âgées hospitalisées en long séjour nécessitent une à plusieurs extractions

³⁸ LEBAS J., CHAUVIN P., « Précarité et Santé », Flammarion, mai 1998

³⁹ FLEURY A.M., « Le Bus Bucco-dentaire : une démarche éducative pour aider les personnes en situation de précarité à se reconstruire », septembre 2001

- 2/3 des personnes âgées en courts, moyens ou longs séjours auraient besoin d'une prise en charge bucco-dentaire.⁴⁰

Dans une autre enquête⁴¹, réalisée par le service Médical de la Cnamts en Essonne, il est souligné que seulement 15% des établissements hébergeant des personnes âgées ont des vacations de soins bucco-dentaires sur place et que seuls 17 établissements sur les 41 étudiés possèdent un véhicule pour conduire les résidents sur le lieu des soins bucco-dentaires. Et ce, malgré un état bucco-dentaire inquiétant de la population étudiée (l'échantillon comprenait 308 personnes examinées d'âge moyen de 86 ans) :

- 44% des résidents ont des caries à traiter, de 1 dent cariée à plus de 12 ;
- 39% des résidents ont au moins une dent à extraire ;
- 40% des personnes ayant une édentation supérieure à 15 dents ne sont pas appareillées.
- pour 130 personnes (42 %), la dernière consultation odonto-stomatologique remontait à plus de 5 ans
- 106 personnes (34 %) étaient complètement édentées, dont 27 n'étaient pas appareillées,
- parmi les 202 sujets dentés, 67 % présentaient au moins une carie, 60 % avaient besoin d'extraction et 33 % de soins conservateurs,
- 27 % des pensionnaires avaient besoin d'une ou deux prothèses,

2 personnes sur 3 avaient au moins un besoin.

Une étude récente (15/01/2004) sur l' « Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées hébergées en établissement, besoin en soins et ressenti », réalisée par l'URCAM des pays de la Loire, montre que sur 491 établissements concernés par l'enquête, 195 directeurs ont répondu aux questionnaires.

Sur ces 195 réponses, seuls 7 établissements ont organisé des « modalités de suivi du secteur bucco-dentaire ». Sur ces 7 établissements, 2 ont des vacations planifiées, les autres proposent des vacations à la demande. Enfin, un seul établissement possède un fauteuil dentaire pour réaliser ses vacations.

Près de la moitié des directeurs d'établissements qui n'ont pas « entamé de réflexion ou qui s'appuient sur l'existence de filières ne semblent pas placer le suivi bucco-dentaire des résidents dans leurs priorités. ».

Dans cette étude, les responsables d'établissements proposent surtout des moyens faisant appel à l'extérieur pour pallier ce manque. Peu prévoient d'organiser un vrai suivi bucco-dentaire dans leur établissement.

Les besoins en soins bucco-dentaires des résidents dans cette étude viennent appuyer l'affirmation des auteurs de « Mission Odontologie », qui dit que « l'état bucco-dentaire des personnes âgées vivant en institution est préoccupant ». Cette étude réalisée dans les Pays de la Loire montre que :

- 80% des résidents examinés ont des besoins en soins bucco-dentaires.
- 63% ont des besoins en soins
- seulement 16% n'ont besoin que de prothèse.

⁴⁰ Enquête citée dans « Mission Odontologie », de BOIS D, et coll., rapport, oct 2003

⁴¹ CNAMTS, « Etat de santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes », Echelon Local du service Médical de l'Essonne, septembre 2000

Une observation inquiétante est posée au sujet des patients ayant des pathologies à risque ou dont l'état buccodentaire a une incidence sur leur état général (Diabète, maladies cardio-vasculaires, porteurs de prothèses internes) : « Les 2/3 des personnes ayant au moins une de ces pathologies ont besoins de soins. ».

En conclusion de cette enquête , deux phénomènes sont présentés comme limitant la réalisation d'un vrai suivi bucco-dentaire pour les personnes âgées en institution :

- un phénomène culturel : « le désintérêt vis-à-vis de la santé bucco-dentaire, un manque d'information sur les risques liés à une dégradation de l'état buccal et la propagande d'idées erronées sur les coûts et difficultés des traitements » .
- un phénomène structurel : « un manque de moyens et de structures adaptées au suivi des personnes âgées hébergées en établissements »

Ces deux phénomènes interagissent l'un sur l'autre : « le manque de moyens n'incitent pas à s'investir et le désintérêt ou la crainte freine la mise en place des moyens nécessaires à un bon suivi ».

3.2.2 Risques liés à une dégradation de l'état buccal

3.2.2.1 Complications chez des patients à risque

Un mauvaise hygiène bucco-dentaire est source de foyers infectieux. Ces foyers infectieux non traités vont entraîner des complications chez les patients à risque oslérien, les patients porteurs de prothèses internes, les patients diabétiques, les patients ayant des maladies cardio-vasculaires.

3.2.2.2 La malnutrition

Les causes de la malnutrition chez la personne âgée sont multiples :

- elle peut être due à des modifications physiologiques liées à l'âge
- elle peut être due à une insuffisance d'apport nutritionnel
- elle peut être due aux hypercatabolismes ⁴²

L'altération de la denture ou un mauvais état gingival sont une cause de malnutrition. En effet, une mastication douloureuse ne permet pas une alimentation correcte. La dégradation de l'état bucco-dentaire provoque une insuffisance masticatoire, qui impose une alimentation monotone, mal-équilibrée et peu appétissante. Un appareil ancien et mal adapté diminuera aussi les capacités masticatoires. Les mycoses buccales vont provoquer douleur et altération du goût. A ces causes « bucco-dentaires », vont s'ajouter des causes plus générales : l'isolement social, la diminution des ressources, les troubles de la déglutition, les

⁴² un syndrome d'hypercatabolisme est déclenché au cours des pathologies infectieuses, des destructions tissulaires ou de la cicatrisation et réparation tissulaire. Lors de ce syndrome, les réserves musculaires et calciques ou leur régulation sont diminuées. Il faut alors augmenter les apports nutritionnels en eau et protéines. Si il n'est pas vite traité, l'hypercatabolisme fait entrer le malade dans un cercle vicieux : hypercatabolisme/malnutrition/hypercatabolisme plus grave/malnutrition + sévère/... Cf « Corpus de gériatrie » Edition 2000.

détériorations intellectuelles, les maladies du tube digestif, la consommation abondante de médicaments en début de repas (qui entraîne une anorexie),...

L'association ou la répétition de ces différentes causes provoquent la gravité de la situation chez la personne âgée.

Les conséquences de la malnutrition sont nombreuses :

- Elle entraîne une dysfonction du système immunitaire (lymphopénie), d'où une plus grande vulnérabilité à l'infection.
- Elle entraîne une dysfonction du système digestif (ralentissement du péristaltisme intestinal, stase digestive), d'où un risque infectieux accru.
- Elle est responsable d'une baisse du taux d'albumine circulante, ce qui augmente le risque de toxicité de certains médicaments (AVK, Digitaliques)
- Elle déséquilibre les sécrétions hormonales, comme par exemple le cortisol et les catécholamines, dont la sécrétion augmentée va induire une hyperglycémie.
- Les déficits en micro-nutriments vont induire asthénie, troubles psychiques, troubles neurologiques, anémie, ostéopénie...

La malnutrition augmente de 2 à 6 fois la morbidité infectieuse des patients âgées, et multiplie le risque de mortalité par 2 à 4.⁴³ Une malnutrition va épuiser les réserves de l'organisme, et entraîner une perte d'autonomie, pouvant aller jusqu'au décès du malade. Lors d'une malnutrition, les troubles psychiques sont constants : de l'apathie au syndrome dépressif. On peut même confondre avec un syndrome démentiel.

D'autres « conséquences » sont à souligner : la durée d'hospitalisation sera plus longue pour un patient dénutri, la consommation de médicaments sera plus grande, la perte d'autonomie engendrée par l'hospitalisation va conduire plus souvent le patient âgé vers les institutions.

Ces conséquences physiologiques et « économiques » nous montrent l'importance d'une prévention de la malnutrition, dont le suivi de la santé bucco-dentaire fait partie.

3.2.2.3 L'image de soi

Il ne faut pas négliger la dimension psychique d'une bonne santé bucco-dentaire. Des dents ou une prothèse propres et esthétiques vont améliorer l'image positive que la personne a d'elle même, ou celle qu'elle présente à son entourage, sa famille. Ses relations sociales avec les autres résidents, avec le personnel de l'établissement, avec les visiteurs en seront meilleures.

Une denture naturelle ou artificielle bien adaptée va permettre aux personnes de mieux communiquer leurs besoins aux personnes qui les entourent. Cet amélioration des relations sociales et familiales (« des relations interpersonnelles ») va agir sur leur personnalité et leur procurer un bien-être notable.

⁴³ Collège National des Enseignants de Gériatrie, « Corpus de gériatrie », Tome 1, édition 2000

3.2.2.4 Autres troubles ou risques dus à un mauvais état bucco-dentaire

Un manque d'hygiène buccal peut engendrer :

- une sensation de soif, une hypo- ou asialie
- une halitose
- des difficultés d'élocution
- des difficultés de déglutition

Des dents cassées, mobiles, ou cariées peuvent provoquer des problèmes graves : par exemple, avaler ou aspirer une dent cariée qui tombe.

Le maintien d'une bonne santé dentaire va contribuer au bien être général de cette population vieillissante en leur permettant de mieux s'alimenter, de choisir une plus grande variété d'aliments (viande, aliments durs,...) et donc d'augmenter leur plaisir à manger. Cette alimentation plus riche en fibres pourra régulariser leur digestion, les médicaments pris à cet effet pourront être diminués voir arrêtés, ce qui est toujours bénéfique chez des patients largement polymédiqués.

3.2.3 Une dimension éthique

Bernard Kouchner et Paulette Guinchard-Kunstler, respectivement ministre délégué à la santé et secrétaire d'Etat aux personnes âgées, ont présenté le 20 mars 2002, un programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles. Il y figure notamment une Charte des Droits et Libertés de la Personne âgée dépendante. Il est mentionné dans l'article II que le « confort moral et physique [de la personne âgée dépendante], sa qualité de vie doivent être l'objectif constant, quelle que soit la structure d'accueil. ».

L'article IX traite du Droit aux Soins :

« Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles. ».

Il est souligné que : « Les soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint. Ces soins visent aussi à rééduquer les fonctions et compenser les handicaps. Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie en soulageant la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, en réaménageant espoir et projets. »

La mission de santé publique de l'Hôpital est rappelée : « L'hôpital doit donc disposer des compétences et des moyens d'assurer sa mission de service public auprès des personnes âgées malades ».

Le devoir des institutions d'accueil quant à la prise en charge des personnes âgées dépendantes est énoncé : elles doivent disposer des locaux et des compétences nécessaires.

3.2.4 Propositions

L'hygiène bucco-dentaire ne doit pas être oubliée dans la prise en charge de la personne âgée dépendante or, actuellement, les maisons de retraite sont les grandes démunies de notre système de santé.

Une sensibilisation des patients, du personnel soignant et des responsables d'institution devrait être faite, en soulignant l'importance de la qualité de la vie, l'amélioration de l'image de soi et celle des rapports sociaux engendrées par les soins dentaires.

Les chirurgiens dentistes doivent eux-aussi être sensibilisés à la prise en charge des personnes âgées en institution.

La mise en place d'un service mobile de soins vers les institutions permettrait d'améliorer l'accessibilité aux soins dentaires pour les personnes âgées dépendantes. Un tel service éviterait de déplacer, souvent à grands frais, les personnes âgées à mobilité réduite. Le transfert vers les structures de soins dentaires peut aussi être difficile et risqué médicalement pour certaines personnes âgées.

Un service de soins dentaires à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie pourrait être également envisagé (les politiques de santé pour les personnes âgées en perte d'autonomie ayant tendance à favoriser le maintien à domicile). La Thèse de Pierre Seimbille, de novembre 1984, ayant pour sujet « L'odontologie à domicile, ses aspects cliniques, techniques et sociaux » analyse cet exercice à domicile par du matériel portable, l'auteur l'ayant pratiquée pendant 25 années.

3.3 Les personnes handicapées

En France, les personnes handicapées souffrent d'une réelle inégalité de prise en charge de leur santé bucco-dentaire. Le handicap s'accompagne souvent d'une forme de précarité qui peut combiner l'aspect financier (coût des prothèses par exemple) , le désengagement des familles, l'abandon face à des difficultés jugées insurmontables, l'absence d'un environnement adapté ou d'un personnel formé et motivé.

Or les patients handicapés présentent des problèmes dentaires particuliers : hygiène déficiente, trouble de la mastication, lésions et édentements non traités ,...

Ces patients peuvent aussi ne pas être coopératifs, présenter des troubles de la mobilité, une ouverture buccale limitée, des mouvements incontrôlés, Quand ils peuvent être soignés au fauteuil, encore faut-il que celui-ci leur soit accessible, et que l'attente avant les soins soit limitée.

Un rapport de la CPAM du Morbihan de septembre 2002 montre que la population handicapée (19 942 personnes pour ce département, tout handicap confondu) ayant recours aux soins dentaires est inférieure de plus de 10 points par rapport à la population totale, alors qu'on sait que leurs besoins en soins dentaires sont supérieurs.

3.3.1 Etat de santé bucco-dentaire des personnes handicapées

Les personnes handicapées ont des besoins de soins dentaires importants . Elles représentent un groupe à haut risque de pathologies orales. L'état buccal du patient handicapé se détériore avec l'âge. Il devient inférieur à l'état de santé bucco-dentaire de la population générale à partir de l'adolescence.⁴⁴

Les pathologies les plus rencontrées chez la personne handicapée sont :

- de nature infectieuse (maladies parodontales ou processus carieux),
- des troubles fonctionnels : ventilation, succion, déglutition, mastication, phonation, dus souvent à des dysmorphoses plus fréquentes.
- de nature traumatique (chutes).

C'est une population avec un risque carieux élevé, du fait de l'absence ou de la rareté des visites chez le chirurgien dentiste, de leur brossage problématique, surtout pour les personnes qui ont un problème moteur, et aussi à cause de leurs médications : beaucoup sont sous médication à type de psychotropes, responsable d'une baisse du débit salivaire, et donc d'une augmentation des lésions carieuses.

3.3.2 Une coopération difficile

Ces patients ne sont pas toujours des patients faciles à soigner. Leur pathologie peut rendre difficile l'intervention : leur coopération est limitée en raison de déficiences cognitives, par exemple, ou de troubles du comportement. Des obstacles physiologiques (réflexe nauséux par exemple) peuvent également ralentir ou rendre impossible l'intervention.

Leur passé médical parfois lourd, avec des antécédents difficiles et douloureux, ne facilite pas l'abord de ces patients, et renforce leur anxiété face au chirurgien dentiste. Leur coopération n'en sera que plus problématique, et l'intervention du chirurgien dentiste plus difficile.

Ces deux paramètres (besoins de soins dentaires importants et manque de coopération) spécifiques de la population handicapée, sont une raison évidente pour que la population handicapée fassent « l'objet d'un suivi spécifique en dentisterie, tant au niveau thérapeutique que préventif . Or en France, l'accès à la santé bucco-dentaire pour les personnes handicapées n'a jamais été considéré ».(25, 26, 27)

3.3.3 Accès aux soins bucco-dentaires pour les personnes handicapées

Dans les pays d'Europe du Nord, les personnes handicapées sont traitées dans un cadre spécifique, donc adapté à leurs besoins. Il existe une législation spéciale.

La prise en charge des soins dentaires des personnes handicapées dans les pays nordiques s'élève à 100%. Des services communautaires s'occupent de leur santé bucco-dentaire, avec parfois, en plus, un cadre administratif valorisant les

⁴⁴ HENNEQUIN M., ALLISON P., « besoins de santé spécifique et prise en charge universelle : l'inadéquation en santé bucco-dentaire », Revue Prévenir, n°39, 2^{ème} semestre 2000

actes réalisés sur cette population. Les besoins spécifiques en soins bucco-dentaires de cette population ainsi que l'égalité de leurs droits à la santé ont été reconnus . Ceci a permis le développement de structures spécialisées : les soins sont assurés, soit dans des services communautaires, soit dans des cabinets privés mais avec du personnel spécialisé, et une couverture sociale adaptée. Les deux systèmes coexistent parfois et fonctionnent en réseau.

En France, il n'existe pas de structure spécialisée, adaptée aux besoins de cette population. Or le secteur libéral, qui représente la majeure partie de la profession de chirurgien dentiste, n'est pas adapté à cette population. Les personnes handicapées bénéficient des mêmes conditions de prise en charge. Elles ont accès aux mêmes structures de soins que la population générale.

Les services d'Odontologie ne sont pas présent dans tous les hôpitaux, et rares sont ceux qui consacrent une partie de leur activité au « suivi longitudinal » des personnes handicapées.

La plupart des établissements médicaux spécialisés ne possèdent pas de cabinets dentaires.

Martine Hennequin rapporte qu'une évaluation de l'accès au soins a été réalisée chez 204 familles d'enfants porteurs d'une trisomie 21.⁴⁵ Cette évaluation montre que les parents ont plus de difficultés à trouver un médecin pour leur enfant trisomique que pour leurs autres enfants. Cette difficulté est doublée pour trouver un chirurgien dentiste ! Cette évaluation souligne par ailleurs que « même lorsque ces enfants consultent un dentiste, ils reçoivent moins de soins que leurs frères et sœurs, et ce, bien que leurs besoins soient plus importants ».

Une autre étude , réalisée auprès des chirurgiens dentistes du Puy de Dôme, évalue la prise en charge des patients handicapés. 37% des dentistes du département ont participé à cette enquête.

Les résultats sont les suivants :

- La prise en charge dépend du degré de handicap des patients.
- 86,8% des Chirurgiens dentistes participants considèrent que « les déficiences mentales , motrices ou psychomotrices ne constituent pas en elles-mêmes un obstacle à la prise en charge par le secteur libéral ».
- l' obstacle à la prise en charge est lié au degré de coopération du patient : selon ce degré, les praticiens « transigent sur les modalités de traitement » ou « renoncent au traitement ».
- la déficience mentale s'oppose fortement à l'accès aux soins.
- Les déficients moteurs ont une accessibilité aux soins dépendante en premier lieu de problèmes matériels.
- La majorité des praticiens « estime que la durée et le nombre de séances de soins sont augmentés pour certains patients handicapés ». Cet état de fait va augmenter le coût réel des soins. La nomenclature actuelle ne prend en effet pas en compte ce temps de travail plus long pour des soins de qualité chez

⁴⁵ HENNEQUIN M. et coll., « Besoins de santé spécifiques et prise en charge universelle : l'inadéquation en santé bucco-dentaire », Revue Prévenir, n°39, 2^{ème} semestre 2000

des patients peu coopératifs. « Cette situation rend totalement aléatoire l'accès aux soins dentaires de cette catégorie de population »⁴⁶ .

Une étude réalisée dans le Maine et Loire en 1994 par l'UFSBD ⁴⁷ sur les centres d'handicapés, montre qu'un centre sur quatre seulement reçoit la visite d'un chirurgien dentiste. Celui-ci n'effectue aucun soin sur place faute d'équipement. Un pensionnaire sur cinq consulte un praticien par an. Les conditions de brossage ne sont pas efficaces dans 3 centres sur quatre : avant le repas, ou uniquement le matin.

3.3.4 Propositions

Martine Hennequin affirme que « la mise en place d'un service spécialisé, associant le traitement et une prévention continue des pathologies bucco-dentaires pour des personnes handicapées , conduit à une nette amélioration de l'état de santé buccodentaire mais également de leur qualité de vie ».

La sensibilisation de la famille et du personnel médico-éducatif qui gravite autour de la personne handicapée est nécessaire, car un des motifs de non recours aux soins les plus évoqués est « qu'il n'y avait rien à faire » ! Cette idée préconçue et fataliste doit être combattue par une information efficace.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de vraies mesures préventives. Un bus dentaire pourrait visiter régulièrement les institutions pour personnes handicapées et répondre à ces besoins. Comme pour les personnes âgées dépendantes, la modernisation du matériel portatif et sa miniaturisation permettrait de soigner la personne handicapée dans un lieu qu'elle connaît , d'aller vers cette population :

- L'obstacle matériel qui limite l'accès aux soins des personnes handicapées physiquement serait résolu. Le soin au chevet du patient alité, ou le soin du patient en fauteuil roulant est facilement réalisable grâce aux avancées technologiques.
- La peur et la non coopération du patient, si il est soigné dans un univers familial, comme sa chambre, ou un local de son institution, seront limitées grâce à un service mobile de soins dentaires.
- La prévention sera possible en effectuant des visites régulières et des consultations des patients en institutions. Des contrôles permettront un suivi efficace, limiteront les douleurs et les interventions lourdes (anesthésies générales, ...). Ainsi, en dépistant au plus tôt les soins nécessaires, ils seront plus simples à réaliser et donc moins traumatisants. L'anesthésie générale, nécessaire quand les soins sont trop nombreux et trop lourds, pourrait alors être limitée .

Une telle organisation régulière limiterait les coûts humains et les coûts de santé .

⁴⁶ HENNEQUIN M., TUBERT S., « Prise en charge par les chirurgiens dentistes du Puy de Dôme des personnes handicapées », Information Dentaire, n°38, 3 nov 1999

⁴⁷ ABRAHAM J. et coll, « prévention bucco-dentaire et handicap », enquête auprès des centres d'handicapés , UFSBD 49, 1994

Les troubles infectieux et les événements douloureux, causés par des problèmes dentaires non traités précocement, peuvent provoquer des troubles systémiques et comportementaux. Les actes pratiqués sous anesthésie générale (une personne handicapée sur cinq selon une étude réalisée dans le Maine et Loire⁴⁸), outre le retentissement de cet acte lourd sur le patient, se limitent souvent à des extractions ou des traitements radicaux. Les édentements qui s'en suivent vont aggraver les difficultés de nutrition et les rapports sociaux des patients.

Si une prise en charge régulière des patients en institutions est réalisée, les actes sous anesthésie générale seraient limités aux cas extrêmes. La mise en place de programmes de prévention dans les institutions, avec la formation des éducateurs et des soignants à l'hygiène bucco-dentaire, associée à des visites de contrôle systématiques d'un bus dentaire, ou d'un service mobile de soins dentaires avec du matériel portable, améliorerait la prise en charge des personnes handicapées.

Le personnel d'une telle organisation serait formé sur le plan technique et humain pour répondre aux besoins de la personne handicapée. Une approche psychologique adaptée serait possible.

Le problème du temps consacré aux patients handicapés, nécessaire pour des soins de qualité, difficilement applicable dans le cadre libéral, serait résolu.

De telles structures mobiles s'inscriraient dans la réforme hospitalière, qui « tend à favoriser l'établissement de réseaux entre le secteur public et le secteur privé ». La participation des chirurgiens dentistes au sein de l'équipe médicale à l'intérieur des centres pour handicapés serait bénéfique pour la santé bucco-dentaire de cette population :

- Le dentiste réalisera des dépistages réguliers et au moins bi-annuels pour l'ensemble des pensionnaires, ce qui évitera les situations d'urgence.
- Ses visites permettront un meilleur contact entre la personne handicapée et le praticien, diminuant ainsi la peur et l'anxiété du patient (d'autant plus si les visites régulières évitent les situations douloureuses, les complications et les soins lourds).
- Il pourra conseiller et adapter la technique de brossage pour les pensionnaires en fonction de chaque cas (brosse à dent électrique, manche de la brosse à dent adapté par un moulage de l'empreinte de la main de la personne handicapée, position du patient et de la personne exécutant le brossage si celui-ci est dépendant d'une tierce personne,...).
- Il sensibilisera et formera les éducateurs, les infirmières et les familles sur l'alimentation et le rôle néfaste des sucres, le mixage systématique des aliments (qui réduit le « massage gingival », provoque des gingivites, engendre des stagnations alimentaires en bouche nocives pour une bonne santé dentaire).
- Les soins nécessaires pourront être réalisés grâce au matériel portable directement au sein de l'institution, ou dans un bus dentaire.

Les personnes handicapées expriment difficilement leurs besoins en soins. Les consultations sont souvent décidées par l'entourage sur des éléments assez

⁴⁸ ABRAHAM J. et coll, « Prévention bucco-dentaire et handicap », UFSBD49, 1994

subjectifs. Une structure de soins spécifique telle une structure mobile, permettrait de prévenir les accidents douloureux, infectieux, grâce à un suivi régulier dans les institutions.

Une modification de la prise en charge par l'assurance maladie des actes réalisés sur les personnes handicapées, en prenant exemple sur les pays nordiques, permettrait la mise en place de tels services appropriés et nécessaires, performants et moins coûteux qu'une structure fixe dans chaque institution.

3.4 Les zones rurales, péri-urbaines et défavorisées

Dans son rapport au ministre de la santé de mai 2003, Charles Descours fait un état des lieux de la répartition des professionnels de santé sur le territoire français.⁴⁹ Selon ses sources, la densité des chirurgiens dentistes est de 68 ou 71 pour 100 000 habitants. Cette densité se situe dans la moyenne européenne, pourtant la santé bucco-dentaire des français est en dessous de cette moyenne. Il observe par ailleurs que la répartition des chirurgiens dentistes dans les régions est relativement homogène (malgré un certain attrait pour le sud « ensoleillé » et l'île de France).

Le déséquilibre de la répartition se retrouve en fait entre zones urbaines et zones non urbaines : l'offre de soins est essentiellement concentrée en zones urbaines, laissant les zones périurbaines et rurales mal couvertes.

Dans les zones périurbaines, les chirurgiens dentistes sont confrontés à l'insécurité et la détérioration du tissu social, ce qui les amènent à quitter ce cadre de travail et de vie. De plus, comme le souligne le Conseil National de l'Ordre des chirurgiens dentistes, « le faible niveau de revenu des patients potentiels, généralement mal couverts par une assurance complémentaire, ne leur permet pas d'accéder aux travaux bucco-dentaires qui non seulement permettent aux praticiens de réaliser un chiffre d'affaire suffisant, mais également de pratiquer un exercice de qualité et de pouvoir s'exprimer sur le plan technique ».

Dans les zones rurales, l'isolement par rapport aux structures de soins, et en conséquence la nécessité d'assurer une permanence des soins amènent les professionnels de santé à abandonner ces autres cadres de travail et de vie. La désertification des campagnes ne paraît pas attrayante pour la famille qui suit le professionnel de santé : son conjoint aura des difficultés à trouver du travail, ses enfants auront des difficultés à être scolarisés. Par ailleurs, comme pour les zones périurbaines, les zones rurales ne sont pas attractives, pour notre profession majoritairement libérale, à cause de critères de viabilité économique.

Dans son rapport de décembre 2002, Yvon Berland, doyen de la faculté de médecine de Marseille, rajoute que la féminisation de la profession va accentuer le problème. Actuellement, on trouve 33% de femmes chirurgiens dentistes pour 66% d'hommes. En ODF, on trouve 54% de femmes et 46% d'hommes. Dans « Mission odontologie »⁵⁰, les auteurs rapportent que la répartition par sexe va évoluer assez

⁴⁹ DESCOURS C., « Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire », Rapport remis au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, mai 2003

⁵⁰ MASSONAUD J., BOIS D., MELET J., « Mission odontologie », octobre 2003

rapidement chez les chirurgiens dentistes. En effet, les résultats des récents concours d'admission montrent que 60% de femmes ont été sélectionnées. Or cette féminisation aura des effets sur l'offre de soins. Un certain nombre de femmes travaillent et travailleront à temps partiel, pour des raisons familiales, voir ne travailleront pas du tout. Cette féminisation va donc accentuer le déficit de professionnels de santé dans les zones déjà désertées par ces mêmes professionnels.

Une autre évolution, cette fois de la société, va accroître ce problème : la diminution du temps de travail. Plus soucieux de leur qualité de vie, les chirurgiens dentistes veulent en moyenne travailler 32 heures (pour les plus jeunes) selon le rapport « mission odontologie » et les dentistes plus âgés veulent également diminuer ce temps de travail qui est actuellement de 40 heures en moyenne.

La demande de soins quant à elle augmente :

- la population française augmente,
- la population vieillissante est plus nombreuse et a plus de besoins,
- la CMU a donné accès aux soins dentaires à une plus large population.

L'augmentation du nombre des promotions d'étudiants en chirurgie dentaire, prévue, va tenter de répondre en partie à ces déficits d'offre de soins.

Il apparaît pourtant que des mesures supplémentaires doivent être prises pour inciter les chirurgiens dentistes à retourner dans les zones périurbaines, et rurales.

De plus, les statistiques ont montré que seuls 35% des français consultent au moins une fois par an.

Il semble ainsi qu'une vraie politique de prévention doit être mise en place. Pour ce faire, la présence de chirurgiens dentistes sur le terrain est indispensable.

Le sénateur Charles Descours propose plusieurs types de mesures incitatives pour redéployer les chirurgiens dentistes vers ces zones délaissées :

- prendre en compte par la sécurité sociale les nouvelles techniques
- des mesures fiscales incitatives
- améliorer la rentabilité des cabinets en zones difficiles en adoptant une codification spécifique par exemple, ou en remboursant une partie de la TVA sur les matériels et les fournitures...

Une autre proposition d'un tout autre domaine lui a été proposée par le Conseil National de l'Ordre : « la création de plateaux techniques mobiles, camions ou bus aménagés respectant les normes de sécurité sanitaire ».

Il nous paraît évidemment opportun de réfléchir à la mise en place d'une telle structure. Outre l'utilité pour les personnes précaires, les personnes âgées et les personnes handicapées en institutions, un service mobile de soins dentaires pourrait pallier au manque de chirurgiens dentistes dans ces zones, périurbaines et rurales. Ce serait une mesure parmi d'autres pour permettre aux chirurgiens dentistes de soigner des populations tout en ayant un « cabinet » viable économiquement . Dans les zones à faible démographie par exemple, ce « cabinet » mobile pourrait « s'installer » sur de multiples sites.

Pour rompre l'isolement avec les autres structures médicales, ainsi qu'avec les autres professionnels de santé, ces structures mobiles pourrait fonctionner en réseau entre ces zones délaissées, les hôpitaux et les différentes structures susceptibles de recourir à leurs services. Comme nous le verrons dans la troisième partie, un exercice exclusivement mobile n'est pas conseillé car c'est un exercice difficile, physiquement particulièrement. Un exercice collectif au sein d'une structure mobile de soins dentaires, partagé entre plusieurs chirurgiens dentistes, comme une association en cabinet fixe, limitera d'autant plus cet isolement, et permettra une continuité des soins ainsi que la qualité de vie à laquelle les chirurgiens dentistes aspirent.

En aménageant les conditions d'exercice des chirurgiens dentistes, dont la structure mobile de soins dentaires est une partie de cet « aménagement », les zones délaissées par ces professionnels de santé seront plus attractives.

La croissance importante de la population âgée, le nombre grandissant d'individus handicapés résidant en institution, comme le déficit de chirurgiens dentistes dans les zones rurales ou périurbaines défavorisées, et l'accès aux soins dentaires toujours difficile des personnes précaires, créent le besoin de développer des systèmes alternatifs de soins dentaires.

4 Comment ?

4.1 Différents types d'outils

Il convient de définir, de préciser avant tout deux types de systèmes « mobiles » de soins dentaires possibles à mettre en œuvre .

4.1.1 Les systèmes mobiles

Nous prendrons comme définition celle de l'article de Erryn E. J. Lee⁵¹ :

Un système mobile de soins sera la forme de dentisterie « itinérante », qui utilise les bus, camions ou vans. Un véritable cabinet est inclus dans le véhicule. Les patients doivent venir se faire soigner dans ce véhicule. Un tel camion sanitaire peut alors inclure une large équipe médico-dentaire, permettant de desservir par exemple une population clairsemée. On retrouve ce type d'exercice notamment aux Etats –Unis et au Canada, en raison de la géographie de ces deux vastes pays.

Le Bus Social Dentaire, qui circule et offre des soins dans les Hauts de Seine en est un autre exemple.

4.1.2 Les systèmes portables

Le dentiste peut avec ces systèmes aller directement soigner le patient dans sa chambre, ou directement au sein d'une institution. L'équipement, transportable, est entreposé et porté dans des malles ou des caisses. Grâce au progrès de la

⁵¹ LEE Erryn E.J., et coll., « Mobile and portable dentistry : alternative treatment services for the elderly », Spec Care Dentist , 21 (4) 2001

technologie et grâce à la miniaturisation, un tel équipement portable peut inclure un équipement radiologique, un compresseur qui permet d'utiliser les seringues à eau et air, des moteurs, permettant d'utiliser des rotatifs, une évacuation.

Le dentiste pourra se déplacer avec son véhicule personnel, dans lequel il aura ranger ce matériel par exemple.

Les systèmes portables et mobiles sont deux méthodes pour subvenir aux besoins des populations exclues des soins dentaires. Ils permettent d'aller vers cette population en passant outre les différentes barrières décrites antérieurement et semblent être une alternative raisonnable à l'exercice traditionnel pour fournir des soins dentaires.

Pour simplifier la lecture de ce qui suit, nous choisissons d'utiliser le terme de « système mobile » pour dénommer l'ensemble des deux méthodes. Nous spécifierons « mobile » ou « portable » quand il faudra différencier les deux.

4.1.3 Avantages et inconvénients des systèmes mobiles et portables par rapport aux cabinets fixes traditionnels

4.1.3.1 Avantages

L'utilisation de ces systèmes **améliore et permet l'accès des populations exclues** des soins dentaires. Ces obstacles, qu'ils soient d'ordre financier, dus aux difficultés de déplacement ou d'éloignement par rapport aux structures de soins dentaires, ou dus à un manque de motivation et de perception des besoins de santé bucco-dentaire, peuvent être éliminés par des systèmes mobiles de soins.

L'attitude active des praticiens qui vont vers leurs patients va jouer en faveur d'une **éducation à la santé**. La conscience d'une nécessité de soins de la communauté qui les recevra sera augmentée. Ces systèmes mobiles vont réaliser une vraie promotion de la santé dentaire en offrant un accès facilité aux personnes exclues précédemment. L'entourage familial et les autres professionnels qui entourent les exclus du système (personnel soignant pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, éducateurs, travailleurs sociaux pour les populations précaires) seront aussi plus conscients des bénéfices et de la nécessité d'une bonne santé bucco-dentaire. Cette prise de conscience permettra de ne plus reléguer ces soins à des besoins de santé de seconde zone, mais de les intégrer à une vision globale de santé. Ils seront intégrés dans des plans de traitement interdisciplinaires au sein des institutions par exemple.

La **satisfaction personnelle des populations** auxquelles ces systèmes mobiles sont voués n'est pas non plus à négliger. Ces visites augmentent leur bien être, leur confort de vie. Les personnes âgées en institutions vivent souvent isolées. La visite du dentiste sera pour elles un contact avec le monde extérieur. Le fait que quelqu'un leur montre simplement de l'intérêt va également améliorer leur sentiment d'isolement voir d'abandon pour certaines.

Pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, par exemple, le fait de recevoir des soins dans leur chambre, dans un lieu familier, va leur apporter plus de confort, et un sentiment de contrôle de la situation. La peur, la panique provoquées

par un univers inconnu et effrayant, comme peuvent l'être les cabinets dentaires ou les services dentaires hospitaliers, seront moindres.

4.1.3.2 Inconvénients

Le coût initial de l'équipement peut être élevé. Cela dépend bien sûr du type d'équipement choisi, mais la dépense, en moyenne, peut être supérieure d'un quart du coût de l'équipement d'un cabinet privé.

Les systèmes mobiles seront plus coûteux que les systèmes portables. Un bus mobile ou un équipement lourd n'est pas indispensable pour chaque visite, notamment dans les institutions, et l'utilisation d'un système portable réduira visiblement le coût initial.

Par exemple, pour les visites de contrôle, et les examens initiaux dans les institutions, peu de matériel est nécessaire, et tiendra dans une « boîte à pêche ». Une fois les bilans réalisés, le patient pourra être orienté vers une structure mobile avec un équipement plus lourd, en réponse à ses besoins.

Le temps passé à aller sur les sites, à installer le matériel puis à le démonter si besoin va diminuer le temps imparti aux soins. Cela va en effet limiter le nombre de patients visités par jour, et donc diminuer le rapport coût / efficacité des systèmes mobiles. Les systèmes mobiles seront moins longs à « installer » que les systèmes portables, le « cabinet » étant fixe dans le bus, le camion, ou le van.

Les problèmes de maintenance et d'entretien de matériel seront plus nombreux. L'équipement, transporté, ou contenu dans un bus qui roule en extérieur, sera plus sujet aux problèmes techniques. Les systèmes portables, malgré une avancée technologique importante, n'ont pas le recul de l'équipement habituel et fixe. Les failles peuvent être plus fréquentes. Ces soucis matériels peuvent être limités en s'astreignant à des révisions régulières et en utilisant cet équipement avec précaution.

Les pannes du Bus Social Dentaire à son début, à cause de conditions climatiques inappropriées (gel, froid, ...) ont été limitées par la création du nouveau bus. Cette expérience pilote permettra de contourner ces problèmes mécaniques en utilisant leur savoir-faire.

Si l'avancée des techniques rend de plus en plus de traitements possibles avec le matériel portable, il apparaît que les urgences complexes, les traitements parodontaux importants et certains traitements endodontiques ne peuvent pas être réalisés avec le même niveau de qualité que dans un système mobile.

A cause de ces limites, les systèmes portables, si leur apport est important et utile pour les populations en institutions, seront plus appropriés pour le diagnostic, la prévention, et les soins légers. Il faut aussi prendre en compte que le traitement idéal pour une jeune personne en bonne santé n'est pas le même que celui pour une personne âgée malade en fin de vie. Le choix thérapeutique dans ce cas s'orientera plus vers un confort et des fonctions, telles la mastication.

La dentisterie mobile est **un travail plus fatiguant physiquement**. Outre le fait de soigner des populations exclues du système classique, donc souvent une population difficile, à motiver, à rassurer, à écouter, il faut aussi tenir compte des conditions de traitement, surtout avec les systèmes transportables. Soigner des patients alités, ou en fauteuil roulant, même avec de l'équipement qui permet d'adapter au mieux les conditions aux traitements dentaires (appuis-têtes s'adaptant aux fauteuils roulants par exemple), cette pratique portable requiert de bonnes conditions physiques pour le praticien et son équipe (un dos solide, une faculté d'adaptation aux lieux de travail, une certaine force physique pour transporter les malles ou caisses contenant le matériel portable).

La continuité des soins n'est pas permise par les systèmes mobiles. Le dentiste part entre ces visites.

L'idéal serait bien évidemment des cabinets permanents au sein même des institutions. Mais en attendant, ces systèmes mobiles et portables peuvent subvenir aux besoins de soins bucco-dentaires des personnes âgées ou handicapées en institutions.

4.1.4 Les systèmes mobiles type bus, camions ou vans

4.1.4.1 Le véhicule

L'obtention du véhicule peut se faire de deux façons : on convertit un véhicule (bus, camion, van, camping-car...) construit initialement pour une autre utilisation ou on fabrique spécialement un véhicule pour faire un cabinet dentaire itinérant. Les deux cas ont été expérimentés par l'Association « Bus Social Dentaire » à Paris et dans les Hauts de Seine.

A première vue, le coût n'est pas le même. Acheter un véhicule et le convertir semble moins cher. Pourtant, convertir un véhicule déjà existant va engendrer des difficultés techniques. Les pannes seront plus fréquentes avec ce matériel moins adapté ce qui va augmenter le coût !

La construction d'un véhicule spécialement en vue d'un cabinet dentaire itinérant va permettre de penser à l'ergonomie à l'intérieur, et aux nécessités de fonctionnement (électricité, eau , ...)

4.1.4.2 Avantages par rapport aux systèmes portables

Les patients sont traités avec un équipement moderne, dans un cadre confortable. Un équipement sophistiqué peut être utilisé, semblable à l'équipement utilisé en cabinet fixe traditionnel : rotatifs à haute vitesse, appareil de radiographie, fibres optiques...

Bien que l'espace de rangement est plus limité que dans un cabinet fixe, il est possible pour les systèmes mobiles de contenir toutes les fournitures nécessaires aux traitements dentaires. De façon ergonomique, il est possible d'organiser l'espace de manière à répondre à tous les cas de traitement. (cf annexes : « Exemples de Plans de Camions aménagés en cabinets dentaires. »)

L'ergonomie étudiée du véhicule va limiter la fatigue du chirurgien dentiste et de son assistante.

Le court temps d'installation est un autre avantage par rapport aux systèmes portables : pour les systèmes mobiles, il suffit de stabiliser le véhicule sur le lieu de soin, d'allumer les différents équipements (compresseur, fauteuil, ...) en se servant soit de la puissance du camion, soit en se branchant sur l'électricité des institutions ou associations qui accueillent le camion, puis de supprimer les obstacles ou les contraintes autour du véhicule.

Si le camion délivre indépendamment son électricité, il faudra bien évaluer la capacité électrique nécessaire pour éviter les pannes de courant. Selon Roseann Mulligan ⁵², pour faire fonctionner un compresseur, une aspiration, la lumière, le réfrigérateur et la radiographie simultanément, une puissance d'environ 50 ampères est nécessaire. Elle préconise aussi de séparer les disjoncteurs pour prévenir une coupure complète de tout l'équipement si une partie défaille. Ces problèmes de puissance électrique sont éliminés si le bus se branche sur l'électricité du lieu d'accueil (c'est le cas du Bus Social Dentaire), après autorisation dudit lieu d'accueil, et étude de la configuration du site pour avoir un accès proche des prises électriques. (la puissance disponible diminue avec l'augmentation de la longueur de la rallonge !). Il faudra estimer les exigences en puissance de l'équipement choisi (compresseur, aspiration...), et s'en servir comme guide pour choisir la taille du générateur ou du service électrique extérieur nécessaire.

4.1.4.3 Inconvénients par rapport aux systèmes portables

Le principal est la difficulté d'y faire entrer et sortir les patients. Pour une personne robuste et en bonne santé générale, les quelques marches à gravir ne sont pas un problème. C'est le cas du Bus Social Dentaire des Hauts de Seine. Pour les populations rurales, périurbaines ou précaires, en santé correcte, ces marches ne seraient pas un obstacle.

Par contre, pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, cette difficulté d'accès serait effective. Beaucoup sont en institutions par ce qu'ils ont un handicap physique, ou sont en fauteuil roulant. L'entrée dans le bus peut alors être impossible en l'état. Il doit être envisagé alors, sur un bus prévu pour ces populations, d'installer un hayon élévateur pour leur permettre l'accès au bus ou camion. Il faudra également penser à laisser un espace à l'intérieur suffisant pour manœuvrer le fauteuil roulant.

4.1.5 L'équipement portable : Intérêt et choix

Les nouveaux systèmes dentaires portables ont des options intéressantes. Plusieurs fabricants et fournisseurs de matériels portables ont mis au point des outils légers, petits, et donc facilement transportables. Cet équipement est d'un coût moins élevé et est donc plus rentable pour le professionnel.

⁵² MULLIGAN R., « Considerations for using mobile dental vans to deliver dental care to the elderly », Gerodontics, 1987, 3, 260-264

Les principales considérations⁵³ à prendre en compte dans le choix de tel ou tel équipement portable sont :

- le transport de l'équipement : poids, conditionnement, volume
- la facilité d'installation et de désinstallation
- la diversité de traitements possibles
- les normes sanitaires respectées, et notamment la qualité du contrôle infectieux
- le coût
- la pérennité de l'équipement

Le matériel portable permet d'aller directement au chevet du patient. Nous allons voir, grâce à un exemple, une organisation possible d'un service dentaire utilisant du matériel portable.

4.2 Un exemple de service dentaire mobile : La « clinique mobile de santé du Sud-Ouest » au Québec

4.2.1 Historique

4.2.1.1 Pratiques communautaires au Québec⁵⁴

Au Québec, il existe des « centres locaux de services communautaires » (CLSC). Ces établissements publics ont la mission, selon la loi québécoise, « d'offrir en première ligne, à la population du territoire qu'ils desservent, des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion »⁵⁵. Chaque centre se doit de répondre de manière adaptée aux besoins de la population résidant sur son territoire respectif. Ils se caractérisent par une accessibilité, une proximité, une certaine convivialité, qualités leur permettant de donner les réponses rapides et adéquates à la population.

La création des CLSC se fit dans les années soixante, après les travaux d'une commission d'enquête (La commission Castonguay-Nepveu) sur « la santé et le bien être social », mise en place par le gouvernement québécois. Cette commission constata « une vision restreinte et réductrice de la santé et du bien-être social qui prévalait au sein des institutions de santé et de bien être du Québec, l'absence d'équité et les disparités dans l'accessibilité aux services, le morcellement et la discontinuité de ces services, et enfin, la faible participation et le peu de responsabilisation des populations directement concernées. » La commission rencontra d'autres difficultés dues notamment « aux multiples systèmes de soins institutionnels et spécialisés relativement étanches et jaloux de leurs juridictions respectives, supportés en cela par différents corps professionnels ».

Dans le contexte de l'époque, au Québec, les législateurs se devaient de trouver un solution pour adhérer au régime canadien d'Assurance Maladie tout en

⁵³ BERKEY D. et coll, « Advances in portable and mobile equipment systems », International Dental, Journal, 1993, 43, 455-465

⁵⁴ LEBAS J., CHAUVIN P., «Précarité et Odontologie », Flammarion, Mai 1998, (chapitre 31, par GAGNE J.)

⁵⁵ Loi sur les services de santé et les services sociaux, LRQ, chapitre s-4, décembre 1993

ayant la possibilité de « limiter la croissance des coûts des services de santé et des services sociaux ». Certains auteurs affirment que la création des CLSC étaient une réponse pour « éviter une réorganisation en profondeur de l'ensemble du système de santé québécois ». Au terme du rapport de la commission, les mesures prises au cours des années 70, dont la création d'établissement de soins et de services primaires, cherchèrent à « réduire le recours aux services plus dispendieux, tels les services spécialisés de santé, ainsi qu'à récupérer les mouvements de contestation et les initiatives communautaires des années 60 ».(Jacques Gagné, dans « Précarité et Odontologie »).

Il existe aujourd'hui 159 CLSC répartis sur le territoire québécois. Ces centres communautaires assurent :

- des services de santé et des services sociaux courants,
- des services de maintien à domicile, incluant des soins infirmiers et médicaux, des services psycho-sociaux et des services d'aides,
- des services spécifiques pour les populations à risque (comme des services de santé mentale ou des services pour jeunes adolescents),
- des services répondant à des particularités locales (par exemple, des services pour des populations migrantes et itinérantes, des services de dépistage pour le VIH).

Le rôle des CLSC, voulu à la base par les législateurs, est un rôle central dans la distribution des soins de santé, un rôle d'organisme responsable des soins primaires sur le plan local.

Leur développement a été difficile au Québec, ralenti par un contexte politique parfois peu favorable.

Certaines limites de ce type de structures ont été observées :

- une faible démocratisation et une faible décentralisation des structures de décision, ce qui creuse parfois un fossé entre les programmes engagés par les CLSC et les vrais besoins des populations locales,
- Un accès encore restreint pour les populations très précaires aux services de santé, et ce à cause de « cultures et de pratiques professionnelles favorisant une accessibilité passive plutôt qu'active »,
- Un niveau de concertation et de cohésion entre les services locaux publics encore insuffisant.

Peu d'évaluations efficaces de ces systèmes de soins sont disponibles, et les résultats obtenus sur les populations sont donc difficilement mesurables.

Pourtant, les CLSC restent « un type d'établissement exceptionnellement prometteur pour la délivrance efficace des soins primaires et des services de première ligne ». « Ils ont été et demeurent des lieux d'expérimentation et d'ancrage significatifs tant pour le système des services de santé et des services sociaux que pour les membres des communautés locales ».

4.2.1.2 La « clinique mobile de santé dentaire du Sud-Ouest »

Le département de santé communautaire (DSC) du centre hospitalier de Verdun, au Québec, s'est intéressé à l'accessibilité des services dentaires pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Les départements de santé communautaire

au Québec ont pour but notamment d'évaluer et d'étudier l'organisation des services de santé du territoire. Leur souci est de rendre complémentaires les différents établissements sanitaires et sociaux.

Après étude, il a été mis en évidence que l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en perte d'autonomie hébergées était mauvais, pire que la moyenne québécoise. Puis Jean-Robert Vincent, dentiste conseil au DSC Verdun et son équipe ont observé que la plupart des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ne possédait pas d'installation dentaire, ni de services dentaires.⁵⁶

Plusieurs solutions ont été apportées pour pallier ce manque. Un manuel et un support vidéo sur les moyens de maintenir une bonne santé dentaire ont été distribués au personnel des établissements pour personnes âgées.

Par ailleurs, c'est dans ce contexte que Jean-Robert Vincent a coordonné un projet pilote : la clinique mobile de santé dentaire du Sud Ouest, un service dentaire mobile s'adressant aux personnes âgées hébergées, utilisant de l'équipement portable.

De cette expérience sur plusieurs années (débutée en avril 1989), le DSC Verdun a publié un guide *révisé*, en octobre 1992, pour inciter et aider d'autres initiatives de ce type. Grâce à cet exemple pilote au Québec, nous allons voir une façon de mettre en place un service mobile pour personnes âgées en institution, utilisant du matériel portable.

4.2.2 Réalisation

4.2.2.1 Justifier le besoin d'un service dentaire mobile

En premier lieu des études doivent être faites sur la population concernée. Il s'agit en effet d'évaluer les besoins dentaires pour justifier la mise en place d'un service dentaire mobile.

Les conclusions du DSC Verdun, sont les suivantes :

« Il est possible pour un ou plusieurs dentistes d'offrir des services dentaires sur une base de 30 heures par semaine (6 heures par jour⁵⁷) à une population d'environ 1300 personnes âgées de plus de 65 ans qui acceptent les traitements dentaires nécessaires. »

Après estimation par rapport aux différentes enquêtes , les auteurs prennent en compte un pourcentage de 20% de refus de traitement dans cette population de personnes âgées hébergées. Ils justifient donc l'organisation d'un service mobile pour une population totale de 1500 à 2000 personnes âgées.

Il faut ajouter en plus le temps passé par le dentiste à se rendre sur place et à installer son matériel qui n'a pas été pris en compte.

Puis il convient de définir la clientèle visée par un tel service : personnes âgées, personnes handicapées,...personnes ne pouvant se déplacer vers un cabinet dentaire.

⁵⁶ VINCENT J.R., « la clinique mobile de santé dentaire du Sud Ouest », Journal Dentaire du Québec, juillet/août 1991

⁵⁷ Les heures adaptées au traitement sont de 9h à 11h30 et de 12h30 à 16h en général, pour ne pas empiéter sur les heures de repas et les autres activités dans les établissements hébergeant des personnes âgées.

Pour le chirurgien dentiste, des mesures particulières doivent être prises :

- sur le plan des rémunérations
- sur le temps de travail
- pour ne pas entrer en concurrence avec les dentistes de ville
- pour une formation en dentisterie gériatrique

En effet, le travail sur des personnes en perte d'autonomie demande un temps plus long et la rémunération à l'acte ne serait pas juste par rapport au dentiste de ville. Le DSC propose d'être « rémunéré à salaire, ou à la vacation » pour compenser. De plus, ce travail très exigeant auprès d'une patientèle parfois difficile n'est pas forcément préférable à temps plein. Tous les dentistes employés par la « clinique mobile du Sud-Ouest » travaillent à temps partiel. Plusieurs dentistes doivent être engagés par semaine pour assurer la continuité du service.

Le DSC Verdun préconise que le médecin traitant inscrive sur le dossier du patient l'impossibilité pour le patient de se déplacer vers un cabinet privé, et la nécessité d'un traitement dentaire, pour éviter de rentrer en concurrence avec les cabinets libéraux fixes.

Une formation adéquate des dentistes, en fonction de la population concernée par le service mobile, doit être organisée avant la mise en circulation d'un tel système : gériatrie, psychologie, ...

Avant de se lancer dans la recherche de financement, il convient donc de voir :

- s'il existe des besoins dentaires dans une population
- si l'accès aux soins dentaires de cette population est facile
- si la population est assez grande pour justifier l'achat de l'équipement
- si des dentistes sont intéressés pour soigner cette population

4.2.2.2 Financement du projet

C'est la deuxième étape pour organiser un service mobile de soins. L'achat de l'équipement portable, dans la cas de « la clinique mobile du Sud-Ouest » au Québec, a fait l'objet d'une concertation entre les établissements hébergeant des personnes âgées, intéressés par ce service. Ceux-ci auront été en premier lieu sensibilisés par une personne compétente aux besoins de santé bucco-dentaire de la population de son établissement.

Cette concertation doit définir :

- l'obtention de la somme d'argent nécessaire à l'achat de matériel portable (l'auteur évalue de 15 000 \$ CA à 50 000 \$ CA en 1992, selon le choix des services offerts).
- Le mode de rémunération du chirurgien dentiste

Au terme de cette concertation, les six établissements de la zone concernée au Québec devinrent conjointement copropriétaires de la « Clinique mobile de santé dentaire du Sud Ouest ». Chaque établissement assure ainsi l'accès aux soins dentaires pour les personnes qu'il héberge. Cette concertation fut le résultat d'une importante période de sensibilisation auprès des directions d'établissements.

D'autres organismes de charité ou des fondations peuvent aussi aider à financer une telle structure.

Si un dentiste ou un groupe de dentistes veulent investir dans ce type de pratique, il leur faudra avant tout bien étudier la rentabilité du projet avant de se lancer. Il convient de souligner que ce type d'exercice, auprès de la population âgée en perte d'autonomie va prendre plus de temps. Le dentiste va effectuer moins d'actes sur une même période, le retour financier ne sera donc pas le même qu'en pratique libérale.

4.2.2.3 Sensibiliser la direction et le personnel

Cette étape doit se faire dès le début du projet : il s'agit de préparer le terrain et de modifier le comportement général des membres des établissements pour personnes âgées « qui accordent peu d'importance à la santé dentaire ».

Un dentiste spécialisé en santé communautaire (au Québec), ou une personne coordonnant le projet de service mobile, mais formée en santé bucco-dentaire, devra réaliser cette étape de sensibilisation. Il lui faudra « démarcher » auprès des directeurs d'établissements (lors de l'étape de financement du projet), auprès des dentistes du secteur libéral (susceptibles de faire partie de l'équipe du service mobile), auprès du personnel des établissements. Il s'agit de faire comprendre l'importance et les besoins d'une bonne santé bucco-dentaire pour la population concernée, ainsi que de montrer la possibilité de répondre à ces besoins de manière efficace et simple.

Cette personne peut aussi intervenir auprès de la population concernée pour les sensibiliser eux aussi sur l'apport et la nécessité d'une bonne santé bucco-dentaire.

Cette personne, dont le projet dépend beaucoup, devra être formée, motivée, et investie. Pour les auteurs , elle se doit de connaître non seulement la profession de dentiste, la santé bucco-dentaire, mais aussi le réseau de santé et son fonctionnement. Il lui faudra préparer une campagne d'information auprès de tous les acteurs concernés.

Avant de mettre en place la « Clinique mobile du Sud Ouest », un article de fond fut publié dans le journal officiel de l'Association des centres d'accueil du Québec, « l'Accueil », intitulé « Etat dentaire pitoyable des personnes âgées hébergées dans les centres d'accueil du Québec ». « L'Accueil » est la revue des dirigeants du réseau des centres d'accueil publics. Cet article présentait l'état des lieux en santé bucco dentaire mais proposait aussi la solution des services mobiles. Puis des rencontres entre les dirigeants et le dentiste coordonnant le projet ont été organisées pour répondre à leurs questions . Le dentiste leur montra qu'un tel service mobile n'entamerait pas de manière trop importante leur budget. Enfin, la concertation entres les dirigeants des différents centres eut lieu, afin de leur

présenter le projet pilote . Les coûts, les avantages pour les personnes âgées, mais aussi des prévisions budgétaires selon différents scénarios leur furent présentés.

4.2.2.4 Nommer un coordonnateur

Cette quatrième étape consiste à trouver un dentiste qui jouera le rôle de coordonnateur du service mobile de soins dentaires. Son travail sera d'organiser le service mobile. Il lui faudra :

- recruter les dentistes et les former, gérer le planning des dentistes participants, coordonner les relations entre les dentistes,
- distribuer des protocoles dentaires dans les établissements concernés,
- maintenir un service d'urgence dentaire en dehors des heures régulières,
- surveiller l'utilisation correcte du système comptable,
- faire respecter les tarifs pré-établis,
- s'occuper des devis après les examens initiaux, puis autoriser le début des traitements une fois le devis accepté,
- gérer le calendrier de transport de l'équipement portable,
- choisir des laboratoires de prothèse, des agents de liaison dans les établissements,
- faire le lien entre la direction des établissements et le responsable des finances du service mobile,
- remplacer en urgence un dentiste absent (d'où ses aptitudes en dentisterie),
- tenir à jour les dossiers des patients,
- fournir un rapport annuel aux établissements,
- gérer la maintenance et la réparation du matériel,
- jouer le rôle de médiateur en cas de conflit entre les dentistes et les bénéficiaires du service.

Le coordonnateur est la personne-clef du service mobile. Elle doit être nommée après une étude approfondie de ses aptitudes à gérer ce rôle primordial. C'est d'elle que dépend le bon fonctionnement du service. Le coordonnateur est le référent du service mobile dentaire mis en place au Québec.

Pour cette organisation québécoise, il est préférable que ce rôle soit donné à un dentiste. Par contre, comme celui-ci ne donnera que rarement des soins dentaires, il leur semble préférable de le rémunérer en fonction de son temps de travail.

4.2.2.5 Recruter et former l'équipe dentaire

Les dentistes intéressés par un tel service ont déjà été sondés au préalable, au début du projet. Il s'agit maintenant de rassembler les disponibilités de chacun afin d'établir un planning pour le service mobile.

Les auteurs du « Guide Révisé d'organisation d'un service dentaire mobile » recommandent de faire passer un test d'aptitude aux dentistes intéressés. Il faudra en effet allier une personnalité « où l'empathie et la compréhension sont essentielles » à une bonne santé physique, dans la mesure où cette pratique mobile est un exercice plus difficile auprès de populations particulières. Les auteurs suggèrent, à la lumière de leur expérience, de faire passer un test psychologique par

un professionnel, pour sélectionner les dentistes ayant les qualités requises pour traiter ce type de patientèle.

Le coordonnateur doit ensuite évaluer quel dentiste aura besoin de parfaire sa formation en gériatrie (dans ce cas, mais nous pouvons l'adapter aux autres patientèles visées : psychologie, abord de la personne handicapée, connaissance des données et des droits sociaux pour les personnes précaires...).

Le coordonnateur devra motiver ces dentistes à suivre des formations adéquates. Les sujets importants à connaître dans un service auprès de personnes âgées en perte d'autonomie physique ou mentale sont nombreux :

- réanimation cardio-vasculaire,
- urgences médico-dentaires,
- comportements psychologiques et psychiatriques normaux et anormaux,
- transfert ergonomique du fauteuil roulant au fauteuil dentaire,
- changements physiologiques normaux et anormaux de la personne âgée,
- nutrition et santé buccodentaire chez la personne âgée,
- communication avec des personnes souffrant d'un handicap physique ou mental,
- particularités des traitements buccodentaires chez la personnes âgée.

D'autres thèmes plus généraux et adaptables à toute population desservie par un service mobile sont aussi à apprendre :

- fonctionnement et entretien du matériel portable
- fonctionnement des établissements de santé
- fonctionnement du service mobile dentaire
- aspects démographiques et sociologiques des populations du territoire concerné par le service dentaire.

Ces formations ont pour but de rendre plus à l'aise les chirurgiens dentistes amenés à travailler avec des personnes en perte d'autonomie physique ou mentale, situations engendrant divers obstacles au traitement buccodentaire.

En France, la formation universitaire et post-universitaire des Chirurgiens Dentistes pour les soins aux personnes âgées dépendantes et handicapées doit être améliorée. Le travail en réseau, rassemblant plusieurs protagonistes de la santé, permettrait une prise en charge pluridisciplinaire de la population concernée, mais également la formation du personnel soignant. Le contact entre dentiste, médecin, psychologue, kinésithérapeute, et autre professionnel, faciliterait une mise en commun des connaissances de chacun. Un approfondissement de notions importantes, comme la psychologie, l'ergonomie, par le dentiste par exemple, améliorera considérablement la qualité des soins dispensés.

4.2.2.6 Choisir et acheter l'équipement dentaire portable

Le coordonnateur aura prospecté auprès des fournisseurs et pourra recommander tel ou tel produit. Le fait qu' il soit dentiste facilitera le choix. Différents fabricants fournissent des unités portables. Les fauteuils dentaires, les appareils radiographiques existent aussi dans des dimensions et des poids allégés et donc

facilement transportables. Les instruments rotatifs peuvent fonctionner grâce à l'air comprimé généré par des compresseurs miniatures.

L'avancée technologique permet donc aujourd'hui d'aller dans la chambre du patient et de le soigner à son chevet.

Plusieurs marques fabriquent du matériel portable, il conviendra de démarcher les fabricants pour choisir le matériel le plus adapté et le plus avantageux, en fonction de la patientèle choisie.

Il faudra choisir :

- une source lumineuse
- un fauteuil
- des instruments
- des fournitures dentaires

4.2.2.7 Organiser le service dentaire

4.2.2.7.1 L'assistante

Les acteurs du service mobile dentaire du Québec recommande la participation d'une assistante. Elle permettra de rendre le service mobile plus productif, d'améliorer l'efficacité du dentiste.

Son rôle sera d'aller chercher le patient dans sa chambre si les soins sont donnés dans un local de l'établissement, et le reconduira à la fin des soins. Elle pourra assister le dentiste au cours des soins, et devra elle aussi être formée en gériatrie. Elle planifiera les journées de travail et les « rendez-vous ».

4.2.2.7.2 Le local

L'utilisation d'un local au sein des établissements est recommandé par les auteurs du Guide. Ce local devra avoir des dimensions suffisantes, avec électricité, table et évier. Des armoires verrouillables sont aussi préconisées pour pouvoir laisser du matériel si besoin. Enfin le local devra être suffisamment lumineux et ventilé.

4.2.2.7.3 Le transport

Le transport de l'équipement portable peut se faire de deux façons, selon les besoins de soins :

- quand la majorité des traitements donnés sont d'ordre prothétique ou parodontal (c'est le cas le plus fréquent pour les personnes âgées en institutions), l'équipement requis sera simple : une simple valise suffira, elle sera donc aisément transportable par le dentiste . Certaines fournitures pourront être laissées sur place : matériel d'empreinte, plâtre...
- si les traitements dentaires nécessitent un équipement plus lourd, avec l'unit, le compresseur, etc..., les auteurs du « Guide révisé d'organisation d'un service dentaire mobile » suggèrent la participation d'un transporteur indépendant. Il sera chargé de prendre l'équipement dans un établissement et

de le transporter dans un autre à un horaire prédéfini. Cela augmentera encore la productivité et l'efficacité du dentiste. Le coût du transport est alors minimisé, compris dans les honoraires. Les frais de transport seront vite amortis dans ce cas de dentisterie portable, où il n'y a pas de loyer, ni d'électricité, ni d'eau à payer. (délivré par les établissements visités). Pour faire perdurer au mieux le matériel et limiter les dommages au cours des différents transports, il existe des chariots ou des meubles dentaires verrouillables.

Les deux types de transport peuvent coexister, il sera alors peut-être nécessaire de disposer de deux équipes, une pour chaque type de transport.

4.2.2.7.4 Un contrat de service

Si plusieurs établissements participent au service mobile dentaire, un contrat de service doit être établi entre eux « afin de permettre à un dentiste d'œuvrer dans un autre établissement que celui qui opère le service ».

Les modalités des activités données par le dentiste devront être définies dans ce contrat. Les modes de remboursement entre les différents établissements y seront également détaillés.

4.2.2.7.5 Des protocoles dentaires

Des protocoles dentaires écrits devront être utilisés. Ceux-ci permettront au personnel des établissements hébergeant des personnes âgées, de suivre les instructions décrites si le dentiste est absent et si une urgence dentaire survient.

4.2.2.7.6 Un service d'urgence

Le coordonnateur du service de soins mobile doit assurer la continuité des soins et donc être toujours joignable par le personnel des établissements concernés, au cas où une urgence ne serait pas gérable par les protocoles établis.

4.2.2.7.7 Un comité d'évaluation

Un comité d'évaluation doit être formé. Composé par le coordonnateur et par des dentistes indépendants du service mobile, il aurait le rôle d'évaluer les soins dentaires reçus, la qualité des actes donnés.

4.2.2.7.8 Le système comptable

Dans le cas de « la clinique mobile du Sud-Ouest », le système comptable utilisé diffère un peu des systèmes utilisés dans les cabinets privés. En effet il leur a fallu tenir compte de facturations à des bénéficiaires hébergés dans plusieurs établissements. Par ailleurs, la population visée par ce service payait les services dentaires selon plusieurs voies, en fonction de sa condition physique et mentale :

- soit le patient réglait lui-même
- soit c'est la famille, et sa consultation préalable était nécessaire.
- soit le patient était sous « Curatelle publique »

- soit l'établissement utilisait « le fonds spécial », prévu au Québec si le patient entre dans un cadre bien particulier (selon une directive gouvernementale, avec un montant de revenu minimum, etc...).

C'est pour cette raison qu'un devis est réalisé avant tout traitement et remis à « l'agent de liaison », nommé par l'établissement . Celui ci se charge de le transmettre à la personne qui paiera les honoraires. « L'agent de liaison » rapportera le devis signé pour approbation au dentiste qui pourra alors commencer les soins.

Un guide des tarifs a été mis en place, pour adapter les honoraires des dentistes. Ce guide représente les coûts réels encourus par le patient et par l'établissement.

Les établissements participants assumaient en effet :

- le coût de l'équipement dentaire, instruments, matériaux, fournitures,
- le coût du local,
- l'électricité et l'eau,
- le transport de l'équipement,
- le secrétariat,
- la comptabilité.

4.2.2.8 Fonctionnement de « la Clinique mobile de santé dentaire du Sud Ouest »

Etape 1	Annonce de l'arrivée du service mobile L'agent de liaison recherche les patients voulant se faire soigner L'agent de liaison établit une liste de patients
Etape 2	Le dentiste prend connaissance de la liste et des dossiers médicaux Le dentiste rapporte les données médicales pertinentes sur le dossier dentaire
Etape 3	Examen de chaque patient, Evaluation de ses besoins Codification selon le degré de gravité : 1 = traitement urgent 2 = traitement semi – urgent 3 = traitement de routine 4 = aucun besoin de traitement Rédaction des Devis, remis à l'agent de liaison
Etape 4	En attendant l'approbation du devis : Le dentiste peut procéder à l'identification des prothèses pour en éviter la perte, fréquente en institution pour personnes âgées Le dentiste éduquera à l'hygiène dentaire

Etape 5	Approbation du devis Début des traitements, en commençant par les plus urgents.
---------	--

(Tableau construit d'après le « Guide révisé d'organisation d'un service dentaire mobile », J.R. VINCENT, DSC Verdun, Québec, octobre 1992)

Ce fonctionnement est utilisé pour tout nouveau patient. Par la suite, les soins pourront être faits directement.

Les urgences devront être intégrées dans le planning prévu par « l'agent de liaison », mais d'après l'expérience de la Clinique mobile, les urgences sont rares sur le plan dentaire au sein de la population des personnes âgées hébergées.

Un examen bucco-dentaire annuel est préconisé par l'équipe de ce service mobile dans le but de diagnostiquer le plus tôt possible tout problème dentaire et éviter des conséquences trop radicales (extractions par exemple).

L'expérience de la « Clinique mobile de santé dentaire » montre qu'il est possible d'organiser un service dentaire mobile pour les personnes âgées en établissement. Un tel service répondrait à des besoins identifiés, et compléterait les services de santé déjà en place dans les établissements. Ces services permettraient de rendre ces personnes âgées en perte d'autonomie plus heureuses et amélioreraient leur qualité de vie.

5 Conclusion

La demande en soins bucco-dentaire va continuer à augmenter, notamment par la population grandissante des personnes âgées. Il va falloir nous adapter à ces nouveaux besoins.

La prise en charge de patients comme les patients en situation précaire, les personnes âgées et les personnes handicapées en institutions sur le plan de la santé bucco-dentaire n'est pas à ce jour entièrement satisfaisante au vue des études disponibles. Un service mobile de soins dentaires apparaît une solution alternative intéressante pour répondre aux besoins de ces publics encore trop souvent exclus des soins dentaires.

Une nouvelle pratique de la dentisterie comme l'est la « dentisterie mobile » répondrait convenablement aux problèmes d'accès aux soins d'ordre géographique pour les populations rurales, d'ordre physique et psychique pour les personnes âgées et handicapées en institutions, d'ordre culturel, psychique et financier pour les personnes en situation précaire.

Cette démarche d'aller vers ceux qui en ont besoin facilitera l'éducation nécessaire à une amélioration durable de la santé bucco-dentaire. Il faut rappeler que l'éducation à la santé passe par un dialogue, un échange. Le message de

prévention sera mieux comprise et mieux retenue si les visites sont régulières au sein des institutions.

De même, si les soins des exclus sont réalisés en réponse à leur douleur ou gêne fonctionnelle, ceux-ci seront plus aptes à concevoir l'atout et l'importance d'une bonne santé dentaire dans leur vie au quotidien. La démarche éducative nécessaire, une fois les traitements commencés et les douleurs disparues, dans un contexte adapté à leur situation, pourra être menée en parallèle, par des personnes formées à cet effet.

De plus, une telle pratique mettra en avant une volonté d'action de la profession vers des publics exclus des soins dentaires et améliorera son image au sein de la population générale.

Certains problèmes inhérents à une dentisterie portable (comme la gestion du temps, les possibilités de traitement, la continuité des soins,...) doivent être améliorés pour fournir des soins de meilleure qualité aux personnes âgées et aux personnes handicapées en institutions. Mais il paraît opportun d'agir et de mettre en œuvre maintenant un tel système mobile de soins dentaires pour améliorer l'accès aux soins dentaires des personnes exclues.

Des adaptations de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels permettraient une amélioration de la situation des soins dentaires en France. Une meilleure prise en compte des soins conservateurs, de la prophylaxie, de la prévention, comme des progrès techniques offrirait un meilleur accès aux soins pour les populations les moins favorisées. La prise en charge de patients handicapés, de personnes âgées dépendantes demande plus de temps au praticien. Ce temps nécessaire doit également être pris en compte par la Nomenclature pour que plus de praticiens s'y consacrent en étant rémunérés à la juste valeur des actes réalisés.

Les réseaux de santé de proximité se développent en France. Ces réseaux jouent un rôle prépondérant dans la promotion de la santé. Ils permettent une approche plus globale de la personne en décloisonnant les différents secteurs médicaux et sociaux.

Comme le souligne Michelle Perrot et Myriam Neullas⁵⁸ : « Lorsqu'ils intègrent des usagers, des patients, ces réseaux sont souvent pour ces derniers, un espace de rencontre et de coopération, un cadre porteur pour prendre leur santé en mains. » De plus, une telle organisation va améliorer l'échange des connaissances entre les différents professionnels, et ainsi permettre des actions complètes, adaptées et de qualité auprès de populations définies.

Un service mobile de soins dentaires, sous la forme de bus ou utilisant de l'équipement portable, s'intégrerait parfaitement dans ce système de réseaux. En allant vers une population qui a des besoins de santé dentaire, et qui n'est pas couverte par le système de santé, un système mobile doit agir au sein d'une équipe pluridisciplinaire et s'adapter à la population du territoire qu'il dessert.

Au sein des institutions, où il existe déjà d'autres acteurs sur le plan médical et social, ce travail en réseau rendra plus efficace l'éducation à la santé dentaire, qui requiert une prise de conscience des patients et de leur entourage familial et médical.

⁵⁸ PERROT Michelle, NEULLAS Myriam, « Le temps des réseaux : la reconnaissance pour tous les réseaux de santé ? », La santé de l'homme, janvier/février 2004, INPES

Pour les populations en situation précaire, la santé dentaire n'est pas une priorité face aux autres difficultés sociales ou médicales auxquelles elles sont confrontées . Pourtant, leur droit à la santé existe. La démarche d'aller vers cette population exclue des soins dentaires peut déclencher un désir d'être soigné sur le plan dentaire. La santé bucco-dentaire est en effet partie intégrante du bien-être général, et facilite une bonne intégration sociale. Elle ne doit pas être exclue de la prise en charge des patients, quels qu'ils soient.

La Constitution le rappelle : une société démocratique et riche, comme l'est aujourd'hui la société française, se doit « d'assurer les conditions objectives du bien-être physique, mental et social de tous et de donner équitablement à chacun le maximum de chances pour assurer son épanouissement. »

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1- ABDOUM-KARTOUT F.

Le bus dentaire est-il une solution contre le renoncement aux soins bucco-dentaires des populations en situation de précarité ?
Mémoire : DESS de Santé Publique, Paris, 1999 .

2- ABRAHAM J, DENIZOT A et PERCHERON O.

Prévention bucco-dentaire et handicap.
UFSBD 49 : Résultats de l'enquête menée auprès des centres d'handicapés du Maine et Loire, 1994.

3- AIDE ODONTOLOGIQUE INTERNATIONALE .

Population en situation de précarité et accès aux soins bucco-dentaires.
Enquête auprès des 740 chirurgiens-dentistes du Val de Marne, novembre 1998.

4- AUBRY M et KOUCHNER B.

Circulaire ministérielle du 17 décembre 1998 relative à la mission de lutte contre l'exclusion sociale des établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies.
Ministère de l'emploi et de la solidarité, Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale, décembre 1998.

5- ASSOCIATION BUS SOCIAL DENTAIRE.

Bilan d'activité 1996-1997.
Bilan d'activité 2002.
Paris : Association Bus Social Dentaire, 2004.

6- BERKEY DB, ELA KM et BERG RG.

Advances in portable and mobile equipment systems.
Int Dent J 1993;**43**:455-465.

7- BERLAND Y.

Démographie des professions de santé.
Rapport du Ministère de la santé, de la famille, et des personnes handicapées, décembre 2002.

8- BEYNET A et MENAHEM G.

Problèmes dentaires et Précarité.
Rapport du CREDES, février 2002.

9- CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE de NANTES .

Rapport d'activité de l'année 2002 de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé.
Nantes : Permanence d'Accès aux Soins de Santé, 2004.

10- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Charte d'Ottawa, 1986.

11- CNAMTS .

Etat de Santé bucco-dentaire des personnes âgées en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Essonne : Echelon Local du Service Médical ,septembre 2000.

12- COHEN F.

Etat des lieux de la santé publique dentaire.

Ile de France : Conférence pour les solidarités en île de France, Groupe de travail santé-prévention-jeunes, Atelier santé bucco-dentaire, mai 2000.

13- COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GERIATRIE.

Nutrition du sujet âgé.

Dans : Corpus de gériatrie Tome 1, 2000.

<http://www.corpusgeriatrie.org>

14- FIRDION JM, MARPSAT M, AMOSSE T et coll.

Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire.

Enquête INED, Paris et petite couronne, février mars 1998.

Paris : CREDES, 2001.

15- DECLERCK P.

Les naufragés, avec les clochards de Paris.

Paris : Plon, 2001.

16- DESCOURS C.

Propositions en vue d'améliorer la répartition des personnels de santé sur le territoire.

Rapport du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.

17- FLEINER HL.

The mobile dental practice: An insider's view.

CDA J 1986;14(10):43-45.

18- FLEURY AM.

Le Bus Bucco-Dentaire : une démarche éducative pour aider les personnes en situation précaire à se reconstruire.

Mémoire : DU Education pour la santé, Université de Nantes, 2001.

19- GELINAS H.

Examens Radiologiques faits à l'aide d'appareils portables.

Rapport : AETMIS, mars 2002.

http://www.aetmis.gouv.qc.ca/fr/publications/scientifiques/aides_techniques/2001_05_fr.pdf

20- HASSOUN D.

Précarité et état de santé bucco-dentaire.

Série Thèses, biblio n°1249, CREDES, décembre 1998.

21- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE .

La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé.

ENSP, février 1998.

<http://hcsp.ensp.fr/hcspi/docspdf/hcsp/hc001043.pdf>

22- HENNEQUIN M et TUBERT S.

Prise en charge par les chirurgiens-dentistes du Puy de Dôme des personnes handicapées.

Inf Dent 1999;**38**:1861-2878.

23- HENNEQUIN M et ALLISON P.

Besoins de santé spécifiques et prise en charge universelle : L'inadéquation en santé bucco-dentaire.

Prévenir 2000;**38**:197-200.

24- INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES .

2^{ème} bilan de l'application de la loi relative à la lutte contre l'exclusion.

Rapport n°2003 040, mars 2003.

25- JACOBY T.

Theory and practice of mobile dentistry.

Dentistry 1990;**10**(4):20-21,26.

26- JEBODA SO.

Mobile dental Clinics : Their place in Dental Public Health.

Odontostomatol Trop 1981;**4**(1):53-58.

27- KOUCHNER B et GUINCHARD-KUNSTLER P.

Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles 2002-2005.

Rapport : Ministère de la santé et de la protection sociale, 2002.

http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/pers_ag_soins/

28- LEBAS J et CHAUVIN P.

Précarité et Santé.

Paris : Flammarion, 1998.

29- LEE EE, THOMAS CA et VU T.

Mobile and portable dentistry : alternative treatment services for the elderly.
Spec Care Dent 2001;**21**(4):153-155.

30- MARVIN MF.

Les inquiétudes que soulèvent l'accès aux soins dentaires pour les personnes âgées.

J Can Dent Assoc 2001;**67**(9):504-506.

31- MASSONAUD J, BOIS D et MELET J.

Mission Odontologie.

Rapport du Ministère de la santé, novembre 2003.

<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/odontologie/rapport.pdf>

32- MEDECINS DU MONDE.

Rapport 2002 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de médecins du monde.

Nancy : Ecole de Santé Publique, juin 2003.

<http://www.medecinsdumonde.org/2missions/france/observatoire/observatoire%202002.pdf>

33- MICHEL JC.

Précarité et soins dentaires.

Chir Dent Fr 1999;**925**:15-19.

34- MOORE PE.

Mobile dentistry : The low cost, low overhead alternative.

CDA J 1986;**14**(10):31-32.

35- MULLIGAN R.

Considerations for using mobile dental vans to deliver dental care to the elderly.

Gerodontics 1987;**3**:260-264.

36- OBSERVATOIRE REGIONAL de la SANTE .

Les principaux problèmes de santé des habitants des Pays de la Loire.

Contribution de l'O.R.S. au choix des priorités régionales de santé, Janvier 2003.

<http://www.sante-pays-de-la-loire.com>

37- PERCHAI H.

Accès aux soins pour les personnes en situation de précarité en Loire-atlantique.

Thèse : Diplôme d'état de docteur en médecine, Nantes, 1999.

38- PERROT M et NEULLAS M.

Le temps des réseaux : la reconnaissance pour tous les réseaux de santé ?
La santé de l'homme 2004, janvier/février, n°369.
INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé).
<http://www.inpes.sante.fr>

39- ROTH F .

L'accès aux soins bucco-dentaires dans le cadre de la précarité.
Rapport de l'Assistance Publique, APHP, Paris, mars 1999.

40- SANS AUTEUR.

Code de déontologie du chirurgien-dentiste.
http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/vchd/vchd_code.htm

41- SCHNECK H.

Etat actuel et devenir des soins dentaires pour handicapés.
Inf Dent 1981;**37**(44):4253-4268.

42- SEIMBILLE P.

L'odonto-stomatologie à domicile, ses aspects cliniques, techniques et sociaux.
Thèse : 3^{ème} cycle Sci Odontol, Paris VII, 1984.

43- SHAVER RO.

Differences between the traditional and the mobile / extended care facility practice.
CDA J 1986;**14**(10):34-41.

44- STRAYER M.

Oral health care for homebound and institutional elderly.
J Calif Dent Assoc 1999;**27**(9):703-708.

45- SULTAN D.

Précarité et odontologie : structures mises en place pour l'accès aux soins.
Thèse : Diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, Paris VII, 1998.

46- U.F.S.B.D.

Education à la santé et précarité : la santé dentaire en question.
Colloque national de Santé Publique, Paris, janvier 2002.

47- URCAM des PAYS de la LOIRE

Etat de santé buccodentaire des personnes âgées hébergées en établissement.
Nantes : URCAM, 2004.

48- VINCENT JR.

La clinique mobile de santé dentaire du sud-ouest.
J Dent Qué 1991;**28**:335-338,341-347.

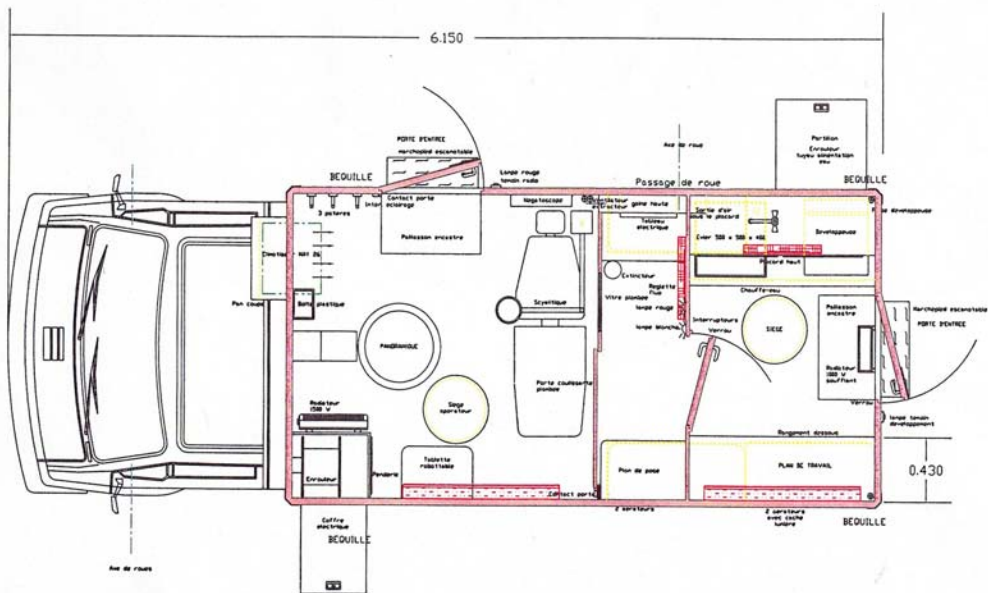
49- VINCENT J-R.

Guide révisé d'organisation d'un service dentaire mobile

Montréal : Etablissements de santé et de services sociaux du Sud-Ouest de
Montréal, octobre 1992.

ANNEXES :

- 1- Exemples de Plans de Camions aménagés en cabinets dentaires.
- 2- Différents constructeurs de camions aménagés en cabinets dentaires.
- 3- Exemple d'unit portable. : Lettre circulaire du Conseil National des Chirurgiens Dentistes du 18 janvier 2001 concernant une mallette de soins à domicile



Éclairage indirect
 Haut et bas
 Éclairage sécurité incorporé
● Prise électrique

DIMENSIONS
 LONG. INT. : 4.100 ml
 LARG. INT. : 2.040 ml
 HAUT. INT. : 2.320 ml

Ce plan reste notre propriété		Cote - 1/15		N° d'affaire - 5268	
Tous droits de reproduction réservés					
Continent		VEHICULE DE DEPISTAGE DENTAIRE			
Route de Sologne - 45170 LAMOTHE		ECMSSA ORLEANS			
Branch : Gites		Vente : 1		N° plan : 95.094	
Le : 20.11.95		Le :		Indice : 1	

CE PLAN REALISE EN 3D00 8001 ETRE MODIFIE EN 3D00

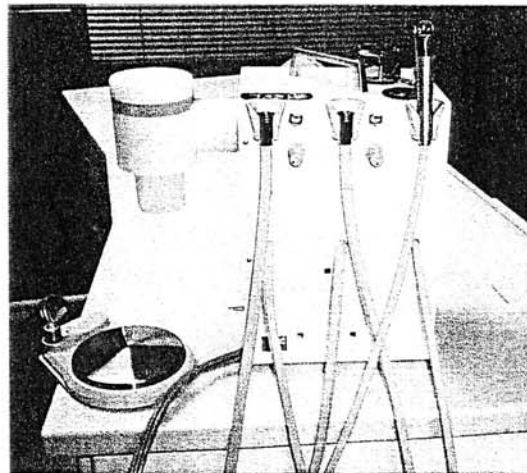


A I R E L

917, rue Marcel Paul - ZA des Grands Godets - 94500 CHAMPIGNY-SUR-MARNE
Tél : 01.48.82.22.22 Fax : 01.48.82.46.13

HYGIBLOCK

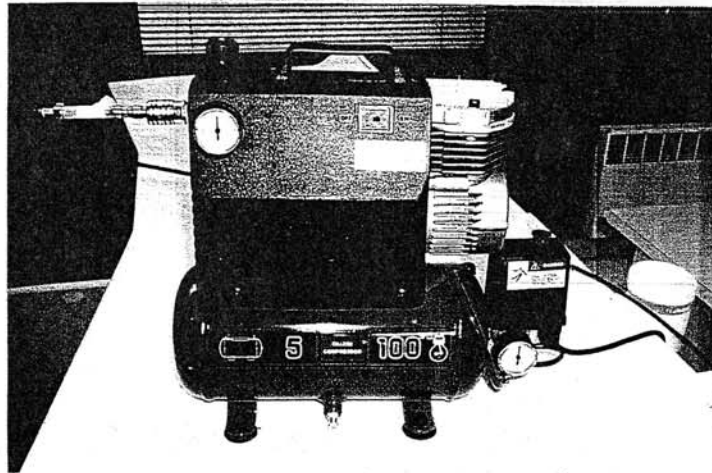
Le seul portable permettant de pratiquer
la majorité des soins avec le confort d'un unit fixe



DESCRIPTION

HYGIBLOCK

comprend :



1 boîtier IGN

assurant une parfaite décontamination des tuyaux, seringue, détartreur et turbine.
L'IGN + le CALBENIUM sont les seuls produits désinfectant allant en bouche ayant reçu le CE et le FDA

1 Calbejet

rattaché à l'IGN et fonctionnant avec le CALBENIUM pour la désinfection externe des seringue, détartreur et turbine ou contre-angle

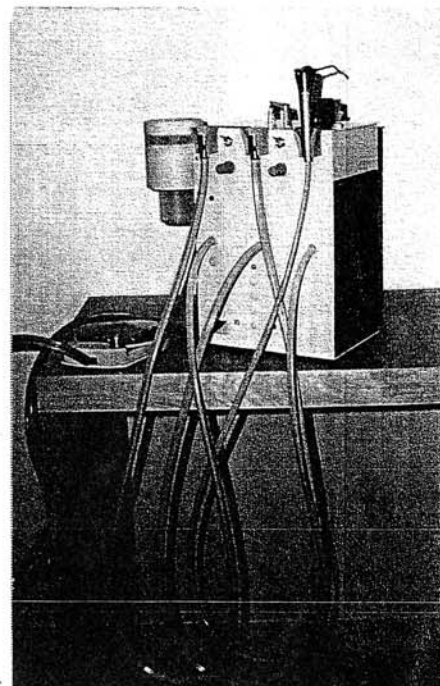
1 Compresseur sans huile

avec réserve d'air d'une capacité de réserve de 5 litres

1 Valise de transport gratuite

Poids HYGIBLOCK : 7,2 kg

Poids compresseur : 11 kg



CHAMBERLAND (Julie).-Un service mobile de soins dentaires : Pourquoi ? Pour qui ? Comment ?

77 f., 30 cm.-

(Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2004)

Résumé de la thèse :

L'accès aux soins dentaires en France reste encore difficile pour certaines populations. Une pratique mobile de la dentisterie, grâce à des camions aménagés en cabinet dentaire, ou à de l'équipement dentaire portable, peut apporter une réponse à cette exclusion.

Ce travail montre pourquoi un service mobile de soins dentaires peut être utile aujourd'hui, et à quelles populations il peut améliorer l'accès aux soins. La dernière partie de ce travail précise comment un tel type de service peut être organisé et mis en place.

Rubrique de classement :

Mots-clés : ACCESSIBILITE SERVICE SANTE
DENTISTERIE
PAUVRETE

MeSH : HEALTH SERVICE ACCESSIBILITY
DENTISTRY
POVERTY

Jury : Président : M. le Professeur Bernard GIUMELLI

Assesseur : M. le Professeur Olivier LABOUX

Assesseur : M. le Docteur Gilles AMADOR DEL VALLEE

Assesseur : M. le Professeur Alain DANIEL

Membres invités : M. le Docteur Christian AGARD,

Mme Caroline PLACAIS, Mme Anne-Marie FLEURY .

Directeur : M. le Professeur Olivier LABOUX

Adresse de l'auteur : 3 rue Monteil
44000 NANTES