

La santé bucco-dentaire en France

Sylvie Azogui-Lévy

Maître de conférence
des universités, praticien hospitalier

Marie-Laure Boy-Lefèvre

Professeur des universités,
praticien hospitalier

Département de santé
publique, UFR d'odontologie,
université Paris 7

Les affections bucco-dentaires touchent toutes les couches de la population. Elles restent une cause de morbidité très liée à l'accès aux soins et aux problèmes socio-économiques.

La santé publique bucco-dentaire implique une connaissance des facteurs cliniques mais aussi sociaux, comportementaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé orale ainsi que la capacité d'agir sur la promotion de la santé bucco-dentaire. Les pathologies bucco-dentaires sont des problèmes de santé publique qui touchent toutes les couches de la population à des degrés divers. Parallèlement, le coût des soins dentaires reste important. Ils représentent 20 % de l'ensemble des dépenses liées aux soins ambulatoires. D'après le prototype des comptes de la santé par pathologie, réalisés pour l'année 1998, 6,3 % des dépenses de santé correspondent aux affections des bouches et des dents (3^e rang après les maladies de l'appareil circulatoire, 10,7 %, et les troubles mentaux, 9,4 %).

Quels sont les enjeux ?

- La santé bucco-dentaire s'est nettement améliorée ces vingt dernières années, particulièrement chez les enfants, mais des disparités subsistent. Les programmes de prévention mis en place dans de nombreux pays européens comme la Grande-Bretagne, le Danemark, la Suisse et les pays nordiques, qui ont fait leurs preuves chez l'enfant, ne sont pas mis en place en France.

- Des thérapeutiques nouvelles se développent pour préserver les dents et obtenir une meilleure compréhension des phénomènes concernant les problèmes liés à l'inflammation des gencives et à la perte prématurée des dents.

- Des exigences de qualité et des recommandations de bonne pratique se multiplient avec le concours de la Haute Autorité de santé.

- Des exigences de sécurité sanitaire sont à respecter pour l'hygiène et l'asepsie dans les lieux de soins et la gestion des déchets.

- Il faut réduire une inégalité d'accès aux soins prothétiques importante, avec un financement essentiellement par les mutuelles et les ménages et une nomenclature des actes devenue inadaptée.

- Une intégration de l'odontologie au paysage médical permettant une vision globale des problèmes de santé est absolument nécessaire.

Quels sont les constats ?

Les pathologies concernées

Parmi les plus fréquentes, la carie dentaire et les maladies parodontales sont considérées comme les deux principales affections dans le domaine de la santé publique bucco-dentaire, compte tenu de leur fréquence qui touche un grand nombre d'individus. Elles restent actuellement une cause de morbidité très liée à l'accès aux soins et aux problèmes socio-économiques. Définies comme des maladies multifactorielles, elles sont rattachées à la présence de plaque dentaire, véritable biofilm bactérien. Résultant de la colonisation et de la multiplication bactérienne avec des mécanismes d'interactions spécifiques, la composition de ce biofilm varie en fonction des sites anatomiques de la cavité buccale

pour constituer différentes « niches écologiques » dans l'écosystème buccal qui, en cas de déséquilibre, oriente les processus physiopathologiques.

Au niveau des dents, les faces lisses, les faces proximales, et les puits et fissures des surfaces occlusales représentent les sites susceptibles d'être atteints, respectivement de façon croissante, par la carie dentaire. Le risque carieux est très lié à l'hygiène bucco-dentaire et aux habitudes alimentaires, notamment l'usage des aliments sucrés et le grignotage. Les données épidémiologiques sont présentées dans les tableaux 1 et 2.

La carie dentaire résulte d'un processus pathologique initialement réversible, chronique et qui comprend plusieurs stades d'évolution correspondant à des entités cliniques différentes et impliquant une prise en charge adaptée. La notion d'activité carieuse, avec cavitation ou non, est un facteur important à prendre en compte en termes de prévention secondaire et tertiaire. L'évolution des concepts thérapeutiques et des biomatériaux dentaires permet d'orienter les pratiques professionnelles vers des approches plus conservatrices.

Au niveau du sillon gingivo-dentaire et de la gencive, l'atteinte de l'espace biologique parodontal peut aboutir à différentes formes cliniques, allant de la gingivite, forme la plus fréquente, aux parodontites plus complexes, impliquant des thérapeutiques progressives et un suivi régulier.

Les maladies parodontales sont liées à l'hygiène bucco-dentaire et à différents facteurs de risque d'ordre général (en particulier diabète, immunodéficience) et d'habitudes de vie (en particulier, le tabac). Actuellement, de nombreuses études sont menées sur les relations entre les maladies parodontales et les maladies cardio-vasculaires, les affections chroniques respiratoires, l'ostéoporose ainsi que les naissances prématurées.

Les données épidémiologiques en France restent encore insuffisantes pour évaluer de façon précise les niveaux d'atteinte dans la population et les besoins en traitements. On peut estimer que la gingivite touche une grande partie des individus à un moment donné et que les parodontites concernent environ 10 à 20 % de la population.

Les caries dentaires et les maladies parodontales sont à l'origine de la perte prématurée des dents aboutissant à des édentations partielles ou totales nécessitant des thérapeutiques de réhabilitation plus ou moins complexes et coûteuses.

tableau 1

Évolution de l'atteinte carieuse chez les enfants de 12 ans en France

	1987	1990	1993	1998
Indicateur d'atteinte carieuse CAO moyen	4,20	3,02	2,07	1,94

Source : UFSB.

tableau 2

État de santé dentaire des adultes en France en 1993

	35-44 ans	65-74 ans
Indicateur d'atteinte carieuse CAO moyen	14,6	23,3
Indice d'obturation moyen	10,4	
Indice de dents absentes moyen	3,0	16,9
Proportion de personnes édentées	0 %	16,3 %

Source : OMS.

En France, 16 % des personnes âgées de plus de 65 ans présentent une édentation totale.

D'autres pathologies relèvent également du domaine de la santé publique bucco-dentaire :

- les pathologies des muqueuses buccales et les cancers de la cavité buccale, dont les facteurs de risque sont essentiellement liés la consommation excessive d'alcool et de tabac, sont en nette augmentation dans les pays industrialisés ;
- les dysmorphoses et les malocclusions dentaires ayant des répercussions fonctionnelles et esthétiques nécessitent des besoins de traitements orthodontiques (estimés à 60 % en France) ;
- les problèmes dentaires liés aux anomalies oro-faciales ;

● les traumatismes dentaires sont en augmentation dans les pays industrialisés et sont liés notamment aux activités sportives à risque, ainsi qu'aux accidents de la circulation. Des études récentes (OMS Europe) ont montré une prévalence variant de 4 à 40 % chez les enfants de moins de 15 ans de pays industrialisés.

L'ensemble de ces pathologies bucco-dentaires et les conséquences qu'elles peuvent entraîner en termes de douleur et de déficience fonctionnelle ont un réel impact sur la qualité de vie des personnes à tous les âges.

L'offre de soins dentaires

La pratique dentaire est essentiellement libérale (93 %) avec seulement 7 % de praticiens salariés. La mutualité regroupe 220 centres et 1 000 dentistes. D'autres centres existent, financés par des collectivités locales, des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), ou sont privés. Sur le plan hospitalier, sur 31 centres hospitaliers universitaires et régionaux, 21 possèdent un service d'odontologie dont 15 reliés à des UFR d'odontologie. Le nombre d'odontologistes hospitalo-universitaires est de 972. Dans la majorité des UFR, moins de 25 % des enseignants sont à temps plein.

On note un clivage spécifique à l'odontologie : 40 000 libéraux et 1 000 hospitaliers, et l'absence d'une offre de soins de substitution à la pratique de ville.

Le personnel dans un cabinet dentaire est constitué essentiellement d'un chirurgien-dentiste puisque seulement un sur deux a une assistante dentaire qualifiée ; de plus,

L'indice CAO

L'indice CAO est un indicateur synthétique d'atteinte carieuse. Il comptabilise le nombre des dents cariées, absentes ou obturées. Il se décompose en trois indices C (indice carieu, nombre de dents cariées), A (nombre de dents absentes) et O (nombre d'obturation, de dents soignées). Un adulte a 28 dents, il aura donc un CAO maximum de 28. Un CAO de 0 indique que toutes les dents sont présentes et saines. Il existe un indice particulier pour les enfants, dont le maximum est de 20.

actuellement la formation des assistantes dentaires n'est pas diplômante.

Formation

Il y a seize UFR d'odontologie en France. La formation initiale, de six années, est basée sur les enseignements théoriques et pratiques avec un apprentissage de la gestuelle ainsi que sur les stages cliniques encadrés par les enseignants et réalisés dans les services d'odontologie hospitalo-universitaires. Un internat est proposé par voie de concours national à l'issue de la 5^e année d'études. Il dure trois années. En 2004, il y avait 94 internes. Actuellement, une seule spécialité est reconnue, l'orthopédie dento-faciale ; elle est accessible par concours après les six années de formation et comporte trois années d'études. Les autres disciplines cliniques regroupent globalement la dentisterie conservatrice, les prothèses, l'odontologie pédiatrique, la chirurgie buccale et la parodontologie. L'enseignement de santé publique est intégré dans les études dès la 2^e année et des actions de santé publique de terrain sont organisées pour les étudiants de 6^e année. Le schéma des études devrait s'harmoniser avec le cursus européen LMD. La formation continue des praticiens est rendue obligatoire par la loi de santé publique. Elle associe tous les acteurs de la profession.

Consommation des soins dentaires

Elle augmente avec l'âge et deux pics sont observés : d'une part, à l'adolescence, en raison des traitements orthodontiques, et, d'autre part, à l'âge adulte, entre 35-50 ans et 60 ans, compte tenu des traitements prothétiques. Selon l'enquête ESPS, en moyenne 5 % de la population a recours à un dentiste le mois de l'enquête et en moyenne un tiers de la population recourt au dentiste sur une année. Le recours est lié au sexe, les femmes consommant davantage ; il suit l'échelle sociale avec un recours supérieur pour les cadres (7,5 %) et très bas pour les agriculteurs (3,3 %) et les ouvriers non qualifiés (3,9 %). Il est étroitement dépendant du niveau de couverture sociale (couverture complémentaire) et du niveau d'études. Le recours pour raison préventive sur une année dépend également de la présence d'une couverture complémentaire (23,2 % contre 40,8 % pour ceux ayant une couverture complémentaire).

Démographie des dentistes

Le nombre de chirurgiens dentistes inscrits au tableau de l'Ordre est de 42 378 au 1^{er} janvier 2002 (CNO) et 40 481 en exercice (Drees), ce qui fait une densité de 68 pour 100 000 habitants (1 pour 1 435 habitants). La France a une position moyenne par rapport aux autres pays

européens (104/100 000 en Suède, 73/100 000 en Allemagne, 49/100 000 en Suisse).

Il existe une grande disparité démographique : la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) a une densité de 93/100 000 et la Normandie 43/100 000, l'Île-de-France venant juste

après Paca (85/100 000). L'âge moyen est compris entre 40 et 50 ans. La répartition par sexe est de 33 % de femmes et 66 % d'hommes, avec pour les orthodontistes 54 % de femmes.

En 2000, on comptait 1 711 orthodontistes qualifiés.

Un renoncement aux soins sur deux concerne les soins dentaires, et cela pour des raisons financières.

Principalement concernés : les femmes, les personnes âgées de plus de 65 ans, les chômeurs et les personnes qui ne bénéficient pas de couverture complémentaire.

Le renoncement est maximum pour la tranche d'âge des 40-59 ans. On observe une relation entre le renoncement aux soins dentaires et un état de santé dentaire dégradé. Chez l'enfant, en dehors de l'aspect financier, le renoncement est en partie lié à l'offre de soins (peu de dentistes soignent spécifiquement des enfants), mais il faut noter également qu'un environnement social et éducatif peu sensible à des comportements préventifs est un facteur important. L'absence de compréhension des méthodes de prévention et de leur impact sur la santé dentaire ainsi qu'une méconnaissance des coûts réels des actes sont des paramètres explicatifs. À cela il faudrait ajouter la peur et l'appréhension des soins, encore trop présentes en France.

Inégalités de santé dentaire

Il subsiste de fortes inégalités sociales en matière de santé bucco-dentaire. L'indice CAO (ensemble des dents cariées, absentes et obturées) varie sensiblement selon la catégorie sociale, puisqu'il est inférieur à 1,5 parmi les enfants de 12 ans de cadres supérieurs et de près de 2,5 parmi les enfants d'ouvriers. Les études de l'Irdes ont également montré de fortes inégalités. Ainsi, dans l'enquête ESPS 2000, 45 % des ouvriers non qualifiés déclarent au moins une dent manquante non remplacée contre 29 % des cadres.

La santé bucco-dentaire est particulièrement préoccupante parmi les populations défavorisées comme l'indique l'enquête Precalog du CreDES (1999-2000 auprès de 80 structures de soins gratuits en France ; 590 personnes ont été interrogées). La population enquêtée était plutôt jeune, masculine et étrangère. Les problèmes dentaires représentaient 10 % de l'ensemble des diagnostics (3^e motif). La moyenne était de cinq dents non remplacées par personne et les soins étaient insuffisants (pour des caries ou d'autres soins courants dans trois cas sur cinq et pour des prothèses dans deux cas sur cinq). Un tiers des personnes relevaient des deux types de traitement. Il existe des relations fortes entre problèmes dentaires et précarité : le nombre de dents manquantes non remplacées et les besoins de soins dentaires augmentent avec la précarité des ressources financières, avec l'incertitude de l'emploi ou l'instabilité en matière de logement et encore plus avec le cumul de ces diverses dimensions.

Les fortes inégalités observées en matière d'état de santé et de recours aux soins dentaires sont en partie liées à l'offre de soins (manque de structures intermédiaires), au contexte socioculturel (le niveau d'éducation joue un rôle important dans la perception de la santé bucco-dentaire), mais elles sont aussi liées au fait, que, en dehors des soins conservateurs, les traitements dentaires sont très peu remboursés par l'assurance maladie.

Financement des soins dentaires

Les dépenses dentaires représentent 2,5 % des dépenses en ambulatoire de l'assurance maladie, et 30 à 50 % des dépenses maladie des assureurs com-

plémentaires. Les remboursements par l'assurance maladie représentent 33 % des dépenses engagées. La répartition est de 41,7 % pour les soins, 34,2 % pour la prothèse et 10,6 % pour l'orthodontie.

La part de financement de l'assuré est de 50 % pour la prothèse et de 33 % en moyenne pour l'orthodontie. La nomenclature générale des actes professionnels, devenue obsolète, ne couvre qu'une partie des actes et ne prend pas en compte le coût réel des prothèses. De fait, la rémunération des actes a des effets pervers sur l'accès aux soins, l'équilibre financier des cabinets étant obtenu par des transferts de charge entre prothèses et soins conservateurs (les dépassements représentent 47 % des honoraires en moyenne et jusqu'à 62 % à Paris).

Si 86 % des Français possèdent une couverture complémentaire, la qualité des contrats s'agissant des soins dentaires est inégale : 35 % de la population a souscrit un contrat complémentaire qui prend en charge seulement le ticket modérateur et 39 % ont un niveau de remboursement de moyen à fort. La couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) couvre 9 % de la population et 3 à 5 % de la population n'est pas intégrée au monde du travail pour avoir une complémentaire ou est au-dessus du seuil pour bénéficier de la CMU. Les bénéficiaires de la CMU ont un panier de soins dentaires restrictif regroupant les principaux traitements prothétiques. Si la consommation dentaire a augmenté dans les premiers mois qui ont suivi la mise en place

de la CMU, elle s'est stabilisée pour revenir à une moyenne. Il y a eu probablement comme en médecine, un « rattrapage » du fait d'un mauvais état dentaire préalable. Néanmoins, le bénéfice de la CMU n'est pas aussi important pour les soins dentaires que pour les soins médicaux (14 % renoncent encore à des soins dentaires pour raisons financières).

Prévention

Les maladies carieuses et parodontales sont liées étroitement aux comportements individuels, à l'environnement social et culturel. Les mesures préventives sont individuelles ou collectives. Ainsi, pour la carie dentaire, les mesures reconnues sont l'utilisation du fluor, de produits sans sucres, la pose de résines de scellement sur les sillons des molaires définitives, l'amélioration de l'hygiène, des soins précoces et réguliers. L'Afssaps (2002) a élaboré des recommandations pour la prise de fluor afin d'éviter des prises multiples (comprimés, eau, sel). L'éducation nutritionnelle doit être également intégrée pour éviter les prises alimentaires répétées, plus particulièrement de sucres, en dehors des repas. Cela s'intègre parfaitement au programme national de nutrition visant à réduire les surcharges pondérales observées chez les enfants. Ces mesures d'éducation des patients et de conseils sur les facteurs de risque ont montré leur efficacité, mais également leur limite quant aux cibles touchées. Les enfants et les adultes les plus atteints ne sont pas toujours « réceptifs » à ces

messages, ce qui pose la question de leur nécessaire adaptation pour des personnes dont le besoin est important.

Il n'existe pas encore de programme à proprement dit de prévention dentaire au niveau national. Deux types d'initiatives nationales ont été prises : une ordonnance du ministère de la Santé a autorisé, en 1987, la mise sur le marché de sel de table fluoré en même temps que la persistance du sel de table ordinaire. 50 % du sel vendu est du sel fluoré. Cette mesure intéressante n'a pas été relayée sur le plan médiatique et peu de personnes sont informées sur l'existence conjointe de sel fluoré et de sel non fluoré, un mélange pouvant se produire lors de l'achat. L'assurance maladie a mis en place en 1999, d'abord pour les adolescents de 15 à 18 ans, puis étendu en 2003 à ceux âgés de 13 à 18 ans, un bilan bucco-dentaire permettant un examen de dépistage et de prévention gratuit, ainsi que le remboursement intégral des soins conservateurs consécutifs, chez un praticien du choix de la famille. Ce bilan est malheureusement peu suivi : des proportions allant de 10 à 30 % de réponses selon les régions. L'évaluation qualitative du CreDES a montré que les enfants en bénéficiant étaient déjà suivis ou allaient se rendre chez leur dentiste, mais les adolescents de familles défavorisées n'ont pas répondu à cette offre. Cela amène à s'interroger sur ce type de mesure, peu soutenue par une campagne de communication auprès des jeunes et non accompagnée d'une stratégie d'éducation pour la santé visant à inciter

références

1. Auvray L., Dumesnil S., Le Fur P. *Santé, soins et protection sociale en 2000*. CreDES, série et résultats, 2001, n° 1364.
2. Paris V., Renaud T., Sermet C. *Des comptes de la santé par pathologie : un prototype sur l'année 1998*. Questions d'économie de la santé ; CreDES n° 56 ; septembre 2002.
3. Hescot P., Roland E. *La santé dentaire en France, 1998*. Union française pour la santé bucco-dentaire, 2000 ; 126 p.
4. Hescot P., Bourgeois D., Berger P. *Le programme international de recherche de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants et la santé bucco-dentaire. La situation en France pour la période 1993-1995*. Association dentaire française, 1996 ; Ed FDI World dental Press Ltd, Londres. 117 p.
5. Conseil national de l'Ordre des chirurgiens dentistes. *La Lettre* n° 33, décembre 2004.
6. Centre odontologique de métronomie et d'évaluation (Come). *Situation de la santé dentaire en France. État des lieux, orientations stratégiques*. Ed. par Saily J.-C., Lebrun T., Mennerat F. France : 1995. 172 p.
7. Boisguérin B., Gissot C. *L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU*. Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité ; Drees 2002.
8. Yahiel M. *Lignes directrices pour une réforme dentaire*. Rapport relatif à la prise en charge des soins dentaires auprès des ministres de l'Emploi et de la Solidarité et de la Santé ; juillet 2001.
9. Bois D., Massonaud J. et Melet J. *Mission odontologie ; rapport auprès du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées* ; novembre 2003.
10. Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé bucco-dentaire dans le monde* ; 2003.
11. Caries Research, numéro spécial : *cariology in the 21st century 2004* ; 38 [3].
12. Beynet A., Menahem G. *Problèmes dentaires et précarité*, CreDES n° 1369 ; février 2002.
13. Banchereau C., Doussin A., Rochereau T., Sermet C. *L'évaluation sociale du bilan-bucco-dentaire : le BBD a-t-il atteint sa cible ?* CreDES n° 1396, 2002.

les jeunes à se soigner. L'avance de frais peut constituer, d'autre part, une barrière financière non négligeable.

L'obturation des sillons des molaires définitives par des résines de scellement a été admise à la nomenclature générale des actes professionnels depuis 2002 et donc remboursée.

Actuellement, dans le cadre de la loi de santé publique, un programme de santé bucco-dentaire est en cours d'élaboration, avec une priorité concernant l'enfant.

Sur le plan local, des actions de dépistage des caries en milieu scolaire associées à des séances d'éducation bucco-dentaire ont été entreprises, par des caisses primaires d'assurance maladie et des unions régionales des caisses d'assurance maladie, par des communes et par l'Union française pour la santé bucco-dentaire (organisme regroupant des praticiens libéraux); un certain nombre sont menées en partenariat avec les UFR d'odontologie. Des programmes ont été développés par des régions ou des conseils généraux. Les résultats sur la santé dentaire sont positifs pour ces départements volontaristes. Le nombre d'enfants indemnes de caries a augmenté; mais des questions subsistent: la proportion d'enfants soignés n'a pas augmenté et une proportion d'enfants (environ

20 %) est restée très atteinte par la carie et semble peu perméable aux messages de prévention.

Quelles perspectives ?

L'amélioration de la santé dentaire s'inscrit dans une réflexion prenant en compte tous les aspects de l'individu. Certaines études ont noté une faible influence des services de santé dentaire sur l'amélioration de la santé orale de l'enfant dans les pays développés et un impact déterminant de la diffusion du dentifrice fluoré. L'approche individualiste accroît les inégalités d'accès et de prévention. Il s'agit par conséquent d'avoir une approche plus collective, avec plusieurs partenaires de promotion de la santé, tout en tenant compte des différences socioculturelles. Nous pouvons lister quelques-unes des priorités pour l'odontologie en France, avec l'enjeu de conserver le capital bucco-dentaire toute la vie :

1. Développer une surveillance épidémiologique nationale intégrée à une institution ou à un observatoire.
2. Réformer le mode de financement et donc la nomenclature en valorisant des soins conservateurs et en modérant les tarifs prothétiques : améliorer la prise en charge sur le plan qualitatif (approche

de santé publique) et réduire le reste à charge des patients dans des conditions financièrement viables.

3. Développer l'évaluation de la qualité des soins et des protocoles de procédures cliniques (service médical rendu).

4. Améliorer la diversification de l'offre de soins pour répondre à l'ensemble des besoins avec un renforcement de l'odontologie hospitalière et la mise en œuvre de formes nouvelles d'exercice (réseaux, structures intermédiaires).

5. Mieux répondre aux besoins spécifiques : handicapés (délais d'attente trop longs), personnes âgées dépendantes, pathologies lourdes, urgences.

6. Mettre en place des programmes d'éducation pour la santé et de prévention coordonnée en intégrant la santé bucco-dentaire dans la santé en général, avec des objectifs précis et quantifiables (loi de santé publique) et renforcer une approche commune des risques (PNNS, tabac, alcool, alimentation.....)

7. Professionnaliser les actions de prévention et développer de nouveaux métiers. Réorienter la pratique professionnelle vers plus de prévention avec des ressources appropriées à la fois humaines et techniques. ■

Santé publique

Sommaire 2005/3 - septembre 2005

Éditorial

- La santé publique en 2005 : de nouveaux enjeux pour la SFSP, *F. Bourdillon*

Études

- Tabac, alcool et médicaments psychotropes en Lorraine, enquête épidémiologique en population générale, *C. Cohidon, F. Alla, N. Chau et al.*
- Statut martial d'une population d'enfants franciliens âgés de 16 à 18 mois en fonction du type de lait consommé, *C. Vincelet, C. Foucault*
- Coûts de fonctionnement d'un centre de santé au Sénégal : modalités de calculs, *A.S. Gueye, A. T. Dia, F.L. Sall, B. Cissé*
- Vulnérabilité sociale des consultants

d'odontologie d'un hôpital public, *J. Pascal, O. Laboux, J. Paillereau, B. Giumelli, P. Lombrail*

- Santé et Droits humains : perceptions de leurs défenseurs et des professionnels de santé, *E. Kabengele Mpinga, P. Chastonay*
- Le burn out des infirmières en psychiatrie : de la recherche à l'hôpital, *J.-P. Courtial, S. Huteau*

Politiques

- L'analyse des réseaux sociaux appliquée au système de santé, *C. Chanut, L. Boyer, S. Robitail et al.*
- La diversité culturelle montréalaise : une diversité de défis pour la santé publique, *B. Vissandjee, I. Hemlin, S. Gravel, S. Roy, S. Dupéré*

Pratiques

- Santé mentale des jeunes : perception et prise en charge par les adultes des établissements scolaires, *F. Baudier, P. Pallais-Baudier*
- Fonctionnement en réseau des pratiques documentaires dans les comités

d'éducation pour la santé, *I. Jacob, A. Sizaret, S. Vergniory*

- Prévenir les troubles musculosquelettiques du membre supérieur : un enjeu social et économique, *M. Aptel, A. Aublet-Cuvelier*

Opinion

- L'infection nosocomiale : relire l'histoire et penser au présent..., *E. Ellenberg*

Lettres du terrain

- Service municipal de santé scolaire et promotion de la santé à Villeurbanne, *F. Guerrier-Sagnes, A.M. Meister, M.J. Deparis, P. Gayrard*
- Le Centre de santé communautaire de Cherbourg-Octeville, *J.L. Véret*
- Plan santé mentale : chronique d'une réalité urbaine bien ordinaire, *P. Micheletti*

Lectures

Santé publique
BP 7
2 avenue du Doyen-J.-Parisot
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Téléphone : 03 83 44 87 00