

## Séance de travail

Mercredi 20 avril 2005

# La santé bucco-dentaire devient publique

Paul KARSENTY \*

### Introduction

La santé bucco-dentaire, en France, n'a jamais occupé une grande place dans le champ des préoccupations publiques :

- dans l'opinion publique, elle ne fait pas l'objet d'un grand intérêt (peu d'articles de presse, d'émissions de radio ou de télévision, pas d'associations de patients, pas de grandes campagnes nationales).
- elle n'apparaît pas – ou très peu – dans les préoccupations des responsables de la santé publique. À la différence du cancer, du tabagisme, du sida ou de l'obésité, elle est très généralement absente des politiques de santé, que ce soit au niveau national, régional ou local ; de même qu'elle est absente des discours et programmes des partis et syndicats.

Cette sous-estimation de la santé bucco-dentaire se retrouve à l'échelle individuelle chez les patients eux-mêmes : jusqu'à une époque assez récente, la pathologie dentaire n'était pas considérée comme une pathologie, mais comme une fatalité et, en conséquence, les soins n'étaient pas perçus comme une réelle nécessité. Le comportement consistant à attendre l'accident infectieux, à faire extraire la dent causale, puis, après plusieurs extractions, à recourir à la prothèse amovible, encore fréquent il y a quelques dizaines d'années, est heureusement devenu minoritaire mais n'a pas totalement disparu.

Cette faible prise en compte de la santé dentaire se manifeste également au niveau institutionnel : pas de présence de chirurgiens dentistes de santé publique dans les DDASS, ni les DRASS ; pas de chirurgiens dentistes scolaires, ni dans les PMI. Et la présence de notre discipline en milieu hospitalier, elle aussi, est très faible puisqu'il n'y a en France qu'une vingtaine de services hospitaliers qui dispensent des soins dentaires.

Pourtant, même si les affections bucco-dentaires ne présentent généralement pas un caractère dramatique, elles sont un véritable problème de santé publique, d'abord en

\* De l'Académie nationale de chirurgie dentaire.

raison de leur extrême fréquence (presque toute la population, à des degrés divers, est concernée), ensuite en raison de leur retentissement sur l'état de santé général ; sans même parler des cancers buccaux qui restent très meurtriers, les affections réputées bénignes mais très répandues (caries et parodontopathies) retentissent sur l'état général et leurs conséquences sont parfois graves, en particulier chez les malades fragilisés : immunodéprimés, diabétiques, cardiaques, etc. Enfin ces affections, très inégalement réparties dans la population, ont aussi des répercussions importantes sur la qualité de vie : nutrition, phonation, sourire, image de soi, relation à autrui. Un mauvais état dentaire est un signe visible de précarité, un véritable marqueur de marginalité.

Ce bref exposé a pour principal objet d'indiquer que les choses sont en train de changer car la santé bucco-dentaire fait ou fera désormais l'objet d'une politique et qu'elle devient donc un sujet de santé publique à part entière.

Son titre, "*la santé bucco-dentaire devient publique*", voudrait d'une part mettre l'accent sur la spécificité de la démarche de santé publique, caractérisée par l'approche collective qui doit, de façon indispensable, compléter l'approche individuelle de la santé ; d'autre part, et c'est le deuxième sens du titre, la santé bucco-dentaire devient publique parce qu'elle est l'objet d'une attention accrue des pouvoirs publics : elle devient alors un objet politique, et appelle une action d'ensemble qui ne se réduit pas aux soins et qui n'appartient donc plus seulement aux professionnels.

Nous nous demanderons donc d'abord en quoi la démarche de santé publique est particulière et modifie l'approche de la santé qui nous est habituelle ; puis nous essaierons de voir comment cette démarche, appliquée à la santé bucco-dentaire, devrait conduire à la définition d'une politique de santé bucco-dentaire, concrétisée par un plan.

### **Le renouveau de la santé publique, une démarche spécifique qui complète l'approche clinique de la santé**

#### **Les circonstances de ce renouveau**

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, qui consacre le regain d'intérêt pour la santé publique est, pour une bonne part, la conséquence directe des "scandales sanitaires" de ces dernières années : l'amiante, le sang contaminé, la "vache folle", mais aussi la menace de bioterrorisme ou la canicule ont conduit l'opinion à se tourner vers l'État pour le rappeler à ses responsabilités. Ainsi, dans une large mesure, l'intervention accrue de l'État dans ce domaine est la réponse à une aspiration collective, à une demande de toute la société.

Pendant toute la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle, les spectaculaires progrès de la médecine avaient conduit à donner de fait une priorité absolue au développement

des soins – d’une efficacité sans précédent – au point d’éclipser l’hygiène et la prévention (qui étaient les précurseurs de la santé publique). Or c’est au moment où la confiance illimitée en l’efficacité de la médecine est atteinte par l’apparition de nouvelles pathologies (sida, hépatites, prions, bactéries résistantes, etc.), au moment où la médecine individuelle manifeste certaines limites, que l’on observe ce regain de la santé publique. C’est aussi au moment où il apparaît que, dans les pays les plus développés, les dépenses de soins s’accroissent de façon continue sans produire d’amélioration manifeste du niveau de santé de la population.

Mais revenons sur la notion de santé publique

C’est l’approche collective (parfois appelée "populationnelle") de la santé qui fait la spécificité de la santé publique. Ce passage de l’échelle individuelle à l’échelle d’un groupe social implique un changement de perspective radical : on n’ausculte plus des personnes mais des populations, il ne s’agit plus seulement du corps humain mais du corps social, et les outils de pensée, les méthodes de connaissance ne sont plus les mêmes. On se propose en effet de prendre en compte la dimension sociale, économique, politique, des questions de santé. Dès lors, ce ne sont plus les sciences expérimentales, chimie, physique, biologie, physiologie, etc., qui constituent les principaux moyens de connaissance, mais d’autres disciplines qui font une large place aux sciences humaines :

- l’épidémiologie et la statistique pour décrire la santé des populations.
- la sociologie, puisqu’on s’efforcera de comprendre et si possible d’infléchir certains comportements (alimentaires par exemple).
- la démographie.
- mais aussi bien sûr l’économie, car les ressources disponibles pour la santé ne sont pas illimitées et sont l’objet d’une concurrence avec d’autres fonctions collectives.
- enfin, histoire sociale, droit, connaissance des structures et institutions sanitaires et sociales, contexte syndical et associatif..

Autant de disciplines, il faut le souligner, qui, aujourd’hui, n’occupent pas une grande place dans la formation et dans la culture habituelle des professionnels de santé.

Enfin, bien sûr, la santé publique n’est pas seulement connaissance et analyse des problèmes, elle est aussi, et même surtout, action, qu’il s’agisse d’éducation sanitaire, de réglementation relative à l’environnement, d’organisation des soins, de radioprotection, de développement de la recherche, d’adaptation de la formation, etc.

S’il fallait tenter une définition, on pourrait dire que *la santé publique est l’ensemble des connaissances, des réflexions et des démarches qui préparent et accompagnent les actions visant à protéger la santé des populations.*

On aperçoit aussitôt que l’on sort de la sphère stricte de la médecine – ou de la chirurgie dentaire qui en est une branche – : nous ne sommes plus dans le domaine

scientifique avec ses certitudes, ses consensus nombreux et surtout son efficacité immédiate et vérifiable, nous sommes dans le domaine de la décision publique c'est-à-dire dans le domaine de la politique au sens noble du mot. La santé publique n'est pas une science. L'objet de la santé publique, c'est la politique de santé.

Sans décrire ici en détail la santé publique, les champs qu'elle explore et les connaissances qu'elle apporte – il y faudrait un traité entier –, on s'en tiendra à l'essentiel en retenant deux idées importantes, trop souvent méconnues, peut-être parce qu'elles vont à l'encontre de nos habitudes de pensée spontanées :

**Première idée : la santé ne dépend pas seulement, ni même principalement des soins ; elle dépend de déterminants le plus souvent extramédicaux**

C'est assez évident dans des situations extrêmes : dans un pays en guerre, l'amélioration de la santé dépend plus de la paix que de l'augmentation des moyens médicaux ; de même, en cas de pénurie alimentaire, ce sont des mesures économiques et non médicales qui sont les plus pertinentes pour améliorer le niveau sanitaire. Mais ce qui est vrai dans ces exemples extrêmes l'est aussi de manière plus générale. La liste est longue des facteurs indépendants des soins qui influent de façon décisive sur la santé : qualité de l'eau, de l'air, de l'alimentation, les comportements (individuels ou collectifs, alimentaires, sexuels, etc.), les conditions de travail et de logement, la situation économique...

Une offre de soins abondante et de qualité ne suffit donc pas pour protéger efficacement la santé de la population. On peut très bien avoir (et c'est le cas de la France) à la fois un très bon système de soins et un système de santé insuffisant.

Il faut donc garder à l'esprit que les gisements potentiels d'amélioration de la santé sont très souvent indépendants des soins (cf tabagisme, alcoolisme, sida, toxicomanie, obésité, accidents de la route, suicide), alors que la demande spontanée de la population, et de la plupart des professionnels, est d'abord tournée vers les soins. Seule l'intervention publique peut agir sur les déterminants collectifs et rééquilibrer ainsi des politiques centrées sur le soin.

**Deuxième idée importante, liée à la précédente et indissociable de la notion de santé publique : la santé n'appartient pas aux médecins, ni la santé bucco-dentaire aux chirurgiens dentistes (on pourrait ajouter ni l'éducation aux enseignants ; ni la défense nationale aux militaires, etc.). C'est à la collectivité dans son ensemble et en premier lieu à son représentant légitime, l'État, qu'incombe la responsabilité de la santé de la population et par conséquent, la lutte contre les épidémies, la sécurité sanitaire, l'accès aux soins, la protection sociale, la qualité des médicaments, mais aussi l'activité réglementaire relative à la sécurité et à la qualité des soins, leur organisation, etc.**

Dans l'exercice de cette fonction régaliennne, l'État a le rôle de responsable, de chef d'orchestre, mais cela ne signifie pas qu'il agisse seul : il ne réclame pas le monopole de l'action de santé publique et d'ailleurs il n'en aurait pas les moyens. La définition et la mise en œuvre des politiques de santé se font avec tous les acteurs et, au premier plan d'entre eux, les professionnels de santé, mais aussi les usagers du système de santé et toutes les autres parties concernées.

Ce deuxième point ("*la santé n'appartient pas aux médecins*") est important à double titre :

- d'une part pour réaffirmer qu'il est parfaitement légitime que l'État intervienne dans la définition des programmes de formation (initiale ou continue) des professionnels, ou dans la réglementation sur la sécurité sanitaire, ou encore dans la définition des politiques de prévention ou d'accès aux soins, même si cette idée n'est pas toujours facilement admise dans certains secteurs des professions médicales enclins à penser qu'ils savent très bien ce qu'ils doivent faire.
- d'autre part, parce que les questions de santé publique étant, comme on l'a vu, des questions politiques, le rôle – irremplaçable – des experts se limite à éclairer les pouvoirs publics, mais la légitimité des décisions ne peut pas être seulement scientifique, elle doit aussi être démocratique : le dernier mot revient aux élus. Une bonne politique de santé ne peut pas se contenter d'être rationnelle, elle doit également être acceptée par la population.

### **Définir une politique de santé bucco-dentaire**

Après ces longs préliminaires méthodologiques, je vous propose de passer en quelque sorte aux travaux pratiques en évoquant quelques-unes des questions que pose l'élaboration d'un plan de santé bucco-dentaire.

Comme on l'a indiqué en introduction, le renouveau de la santé publique se manifeste notamment par la promulgation récente de la loi relative à la politique de santé publique, loi qui affirme hautement la responsabilité de l'État, fixe des objectifs de santé avec des indicateurs chiffrés évalués périodiquement, et confirme la démarche programmatique mise en œuvre à travers les plans nationaux de santé (plan cancer, plan santé-environnement, plan national nutrition-santé, plan Alzheimer, etc.)

En janvier dernier, le ministre chargé de la santé, Philippe Douste-Blazy, a annoncé qu'un plan de santé bucco-dentaire serait élaboré au cours de l'année 2005.

## **RAPPEL DU CONTEXTE**

### **Une action publique longtemps limitée à la gestion du système de soins**

Les moyens mis en œuvre par la collectivité pour prendre en charge la santé bucco-dentaire ont principalement consisté, jusqu'ici, à construire et gérer un système de soins et de financement de ces soins :

- formation d'un corps de 40 000 chirurgiens dentistes, et réglementation de leur exercice (libéral pour plus de 95 % d'entre eux).
- solvabilisation de la demande de soins : ceux-ci sont pris en charge, de façon variable, par les régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie.

Ce mode de gestion du système de santé dentaire, pratiquement réduit au système de soins, a conduit à donner une priorité marquée aux soins curatifs alors même que les progrès substantiels observés entre 1985 et 1998 (réduction de moitié de l'indice carieux chez les enfants de 12 ans) ne sont dus, pour l'essentiel, qu'à des facteurs extérieurs au système de soins : fluoration du sel alimentaire et des pâtes dentifrices, progrès des habitudes d'hygiène bucco-dentaire.

### **Une évolution récente en faveur de la prévention**

Dans la période récente cependant, la dimension préventive de la lutte contre les affections bucco-dentaires a commencé à être mieux prise en compte et certaines mesures nouvelles ont été décidées : après la fluoration du sel, la mise en place par les partenaires sociaux (assurance maladie et syndicats dentaires) d'un bilan bucco-dentaire gratuit pour les jeunes de 15 à 18 ans (désormais étendu aux 13 et 14 ans), la prise en charge du scellement préventif des sillons dentaires, et l'inscription dans le Code de la santé publique d'un examen bucco-dentaire de prévention obligatoire, avec mention dans le carnet de santé de l'enfant à 6 ans et à 12 ans, et même, à une échelle plus modeste, l'affectation d'un chirurgien dentiste à la direction générale de la santé (DGS), sont autant de signes d'une attention croissante à la santé dentaire dans le champ de la santé publique.

Enfin, pour la première fois, un objectif de santé dentaire est désormais inscrit dans la loi : réduire de 30 % en cinq ans l'incidence de la carie chez les enfants de 6 à 12 ans.

Ces éléments devraient désormais être prolongés par la définition d'une véritable politique d'ensemble, explicite et coordonnée, politique qui devrait se traduire par un plan de santé bucco-dentaire.

Ce plan n'existe pas encore, mais il fait l'objet de réflexions. Je serai très heureux de vous le présenter le moment venu, c'est-à-dire probablement à la fin de l'année, mais pour l'instant je voudrais évoquer quelques unes des questions posées par sa

préparation, et, en esquissant des réponses possibles, illustrer ce que peut être la démarche de santé publique.

### **Qui élabore le plan ?**

Cette démarche doit être participative et, autant que possible, consensuelle. Par conséquent, ce plan ne saurait être élaboré par la DGS seule : la nécessité de réunir tous les acteurs actuels et potentiels de la santé dentaire et de les rassembler autour d'un constat commun puis de définir ensemble des priorités, des objectifs, des actions et des moyens d'évaluation est impérative, compte tenu de l'absence de moyens propres des pouvoirs publics et compte tenu aussi de la dispersion et de l'hétérogénéité des acteurs concernés. Cette démarche concertée doit permettre à chacun des partenaires d'apporter toutes les contributions souhaitées, de s'approprier le plan, et de s'impliquer pleinement dans sa mise en œuvre, condition indispensable de l'efficacité.

En résumé, la construction des plans de santé n'appartient ni aux pouvoirs publics seuls, ni à la profession seule, mais appelle un pilotage collectif : c'est plus long et plus difficile, mais cela augmente les chances de succès.

### **Un plan réaliste**

À travers la démarche de construction d'un plan de santé, il s'agit de rompre avec la situation qui prévalait jusque là, c'est-à-dire des mesures ponctuelles, émiettées, non évaluées, sans logique d'ensemble. Mais en même temps il faut éviter la tentation d'un long catalogue de souhaits décrivant une situation idéale sans rapport avec les possibilités réelles. Le plan doit comporter des choix, des priorités. Il n'est pas destiné à un avenir hypothétique et lointain, il ne se situe pas dans le ciel des idées pures. Ce doit être un plan d'action réaliste pour les trois ou quatre années qui viennent : il sera régulièrement évalué et si nécessaire réorienté.

### **Quels objectifs ?**

**L'objectif d'un tel plan : améliorer la santé bucco-dentaire de la population et, à terme, permettre à chacun de conserver ses dents toute sa vie.**

Les objectifs secondaires ou intermédiaires seront choisis en raison de leur impact attendu – et mesuré – sur la santé (logique de résultat et non plus logique de moyens).

### **Quelles priorités ?**

Au stade actuel de préparation, le ministre a annoncé les quatre axes qui devraient structurer les actions (qui restent à déterminer) du plan. En les énonçant, je crois qu'on peut éclairer certains critères de choix des priorités.

## **1 – Améliorer les moyens de la santé publique dans le domaine dentaire :**

### **– développer l'épidémiologie**

Les données d'épidémiologie descriptive qui existent sont fragmentaires, dispersées, rassemblant souvent des indicateurs différents, et ne sont recueillies que de façon épisodique, ce qui rend difficiles les comparaisons, l'observation des changements, et l'évaluation des mesures mises en œuvre.

Le recueil périodique d'un petit nombre d'indicateurs simples décrivant l'état de santé dentaire de la population est une condition indispensable pour pouvoir vérifier le bien fondé des priorités choisies et apprécier l'efficacité des mesures décidées.

**– développer les moyens d'intervention** : doter de moyens d'expertise dentaire les structures chargées de la santé publique (création de postes de chirurgien dentiste de santé publique au niveau des structures déconcentrées du ministère chargé de la santé).

Les ressources potentielles, tant en matière d'épidémiologie que de moyens d'intervention, existent mais ne sont pas toujours pleinement utilisées :

- les facultés de chirurgie dentaire (en particulier les départements de santé publique),
- le service médical de l'assurance maladie,
- les services de santé scolaires,
- l'INPES,
- les centres d'examen de santé,
- l'UFSBD,
- d'autres associations : ASPBD (Association pour la santé publique bucco-dentaire), différents Comités d'hygiène et de santé bucco-dentaires,
- des organismes comme le CREDES ou la DREES, qui peuvent compléter par un éclairage économique et sociologique les informations sanitaires fournies par d'autres acteurs.

## **2 – Développer la prévention**

**Choisir les actions ayant le meilleur rapport coût-efficacité et, pour cela, donner la priorité à la prévention de la carie chez l'enfant.**

- les enfants : leur "capital de santé dentaire" est encore entier, c'est chez eux que le "gain de santé" résultant des actions de prévention est le plus élevé.
- la carie : c'est en effet la carie qui est la pathologie la plus répandue, en particulier chez les enfants, et c'est également à l'égard de la carie que les politiques de prévention conduites dans d'autres pays (d'Europe du Nord en particulier) ont fait la preuve de la plus grande efficacité.

- A – Développer l'éducation pour la santé : hygiène, alimentation.
- B – Rationaliser les pratiques et recommandations en matière de fluor.
- C – Prévention secondaire : dépistage et soins précoces.

### **3 – Des actions spécifiques envers les groupes à risque élevé, complémentaires des actions d'ensemble**

La réduction des inégalités suppose de traiter prioritairement les groupes les plus atteints, ce qui a aussi pour effet d'améliorer le niveau moyen :

- les enfants des zones d'éducation prioritaires (ZEP), qui présentent, comme l'a montré une enquête récente de la DREES, un nombre de caries significativement plus élevé que les autres enfants, doivent faire l'objet de mesures spécifiques : bains de bouche fluorés en milieu scolaire, scellement des sillons, programmes d'éducation pour la santé.
- les enfants et les adultes handicapés : ils constituent un groupe à haut risque de pathologies buccales. La santé bucco-dentaire des patients handicapés est nettement plus dégradée que celle de la population générale.

Les structures de soins actuelles, essentiellement libérales, ne prennent pas en compte les besoins de soins spécifiques des personnes handicapées. Ces patients, les personnes trisomiques par exemple, qui n'ont généralement pas accès à une prévention adaptée et qui, faute de pouvoir acquérir des habitudes d'hygiène dentaire suffisante, sont très exposés à la carie, ne trouvent pas souvent en milieu libéral, ni même en milieu hospitalier, un personnel préparé à les accueillir et les soigner. Les soins sont plus longs à réaliser que sur d'autres patients ; ils nécessitent une approche psychologique et souvent des moyens de sédation consciente adaptés (protoxyde d'azote) que très peu de professionnels maîtrisent. En outre, la spécificité de ces soins n'est pas reconnue et leur rémunération est très faible par rapport au temps passé et aux techniques mises en œuvre. L'activité de soins dentaires aux handicapés relève quasiment aujourd'hui du bénévolat.

Le résultat est que ces patients ne reçoivent pratiquement pas de soins conservateurs adaptés et que l'extraction périodique, sous anesthésie générale, de leur dents les plus atteintes les conduit le plus souvent à une édentation précoce importante (parfois même totale), d'autant plus grave qu'ils ne sont pas toujours en mesure de s'adapter au port de prothèses. Le besoin de formation de professionnels, la mise en place de réseaux de soins spécifiques et la reconnaissance de cette activité par des dispositions tarifaires particulières constituent d'urgentes priorités de santé publique.

Des programmes spécifiques sont également nécessaires en direction d'autres groupes à risque élevé, c'est le cas notamment :

- des personnes âgées dépendantes (cf étude du service médical de l'assurance maladie de l'Essonne).

- des personnes hospitalisées pour de longues durées (en psychiatrie notamment).
- des personnes immunodéprimées à la suite de thérapeutiques ou de pathologies.
- des détenus.

#### **4 – Améliorer la prise en charge des soins et traitements bucco-dentaires et, pour cela, commencer par clarifier et simplifier les règles de prise en charge.**

Plusieurs enquêtes, celles du CREDES notamment, ont mis en évidence un taux de renoncement aux soins important dans le domaine des traitements prothétiques (et orthodontiques), renoncement lié dans une large mesure, à la part importante des honoraires restant à la charge des patients. Il est donc certain que la part du financement collectif reste une question clé pour améliorer l'accès à ce type de soins.

Cependant l'opacité et la complexité des modalités de prise en charge sont également de réels obstacles à l'accès aux soins : non seulement les patients n'ont aucun point de repère en ce qui concerne les montants d'honoraires et le taux réel de prise en charge selon la nature des actes, mais les financeurs eux-mêmes – et notamment les financeurs complémentaires – sont en situation de "payeurs aveugles".

La simplification et la clarification des règles de prise en charge, en elles-mêmes, sont de nature à améliorer l'accès aux soins, même si elles ne dispensent pas d'une réflexion sur la part de la richesse collective consacrée à la santé. À elles seules, et même à "enveloppe" constante, elles permettraient de rendre le système plus lisible, d'assainir les pratiques en matière d'honoraires et de donner plus d'efficacité à l'intervention des organismes complémentaires.

Enfin, la tendance au développement des pratiques d'honoraires libres sur tous les actes, y compris les soins conservateurs et chirurgicaux, dont les tarifs sont pourtant théoriquement réglementés, est extrêmement préoccupante. Cette tendance risque de remettre en cause l'accessibilité aux soins de base, seule disposition encore favorable aux patients dans le système actuel.

Pour conclure, je dirai simplement que même si les difficultés ne manquent pas, notamment en raison de l'important déficit de l'assurance maladie et donc de l'étroitesse des marges de manœuvre en termes de ressources, il y a en même temps de réels motifs d'optimisme et la perspective d'un plan national de santé bucco-dentaire en est un : à travers ce plan, la santé dentaire s'inscrit désormais comme une préoccupation permanente des politiques de santé.