

# Santé bucco-dentaire

(principales données)

La grande fréquence des affections bucco-dentaires, leur retentissement sur l'état général et sur la qualité de vie, ainsi que leur répartition très inégale dans la population, en font une question de santé publique à part entière.

Outre les aspects médicaux au sens strict, un mauvais état dentaire, c'est également une image dégradée de soi. Ce peut être une vie sociale réduite, avec la peur de sourire, et l'atteinte de la relation à autrui. C'est souvent aussi un obstacle à l'insertion sociale et professionnelle : une bouche édentée, c'est un marqueur de marginalité.

Ce domaine, trop longtemps sous-estimé, est désormais pleinement intégré à la politique de santé publique du Gouvernement, puisque d'une part la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique comporte pour la première fois un objectif de santé bucco-dentaire : réduire la prévalence de la carie chez les enfants de 6 et 12 ans ; d'autre part, et pour la première fois également, **un plan** national de prévention bucco-dentaire a été annoncé en novembre 2005 par le ministre chargé de la santé.

Cette note décrit succinctement la situation actuelle, fait le point sur l'état d'avancement du plan de prévention bucco-dentaire en cours, et propose des initiatives pour évaluer ce plan et en préparer les suites.

## I – LA SANTE BUCCO-DENTAIRE EN FRANCE AUJOURD'HUI :

### A – Affections concernées :

**La carie et les maladies parodontales** sont, en raison de leur fréquence, les deux principales pathologies dans le domaine bucco-dentaire.

D'origine infectieuse, ces pathologies – qui, en l'absence de traitement, conduisent à la perte précoce des dents – sont principalement liées à la présence de plaque dentaire<sup>1</sup>, même si d'autres facteurs (prises fréquentes de boissons et d'aliments sucrés, exposition insuffisante aux fluorures, pour la carie ; tabac, diabète, immunodéficience, pour les maladies parodontales) constituent des cofacteurs de risque et contribuent à la sévérité des atteintes.

**-La carie**, qui détruit les tissus durs de la dent et à laquelle les enfants et adolescents sont plus vulnérables, reste la principale affection bucco-dentaire. En France, en dépit d'une baisse substantielle de sa prévalence dans la population d'âge scolaire depuis une vingtaine d'années (l'indice « CAO<sup>2</sup> » à 12 ans est passé de 4,2 en 1987 à 1,2 en 2006) la carie touche encore, en 2006, plus d'un tiers des enfants de 6 ans et environ 45% des enfants de 12 ans (source UFSBD). Dans la population adulte, les données épidémiologiques sont rares mais on estime à plus des trois quarts la proportion de personnes atteintes, avec un indice CAO moyen voisin de 15 (source OMS) dans la tranche d'âge 35-44 ans.

**Les principaux facteurs de risque vis à vis de la carie** sont :

-une alimentation très sucrée (biberons et sucettes sucrés, sirops, sodas, jus de fruits, bonbons, confiseries, etc.), surtout lorsque les prises alimentaires sont fréquentes (grignotage).

<sup>1</sup> La plaque dentaire est un enduit bactérien (biofilm) qui colonise la cavité buccale ; le brossage bi-quotidien des dents permet de l'éliminer et de prévenir sa formation.

<sup>2</sup> L'indice CAO est un indicateur d'atteinte carieuse obtenu en additionnant : C (nombre de dents cariées), A (nombre de dents absentes dont la perte est due à la carie, et O (nombre de dents obturées, c'est à dire ayant été atteintes de carie mais soignées). Il s'agit donc d'un indicateur « cumulatif » qui intègre le passé carieux et ne peut donc pas diminuer au cours de la vie d'un individu.

-une hygiène insuffisante qui favorise le développement d'un biofilm (plaque dentaire) très riche en bactéries cariogènes.

-un recours aux soins insuffisant et souvent tardif : la crainte des soins, parfois réputés douloureux et coûteux, ainsi que la sous-estimation – liée à la méconnaissance – des liens entre santé dentaire et état général, conduisent encore souvent à négliger les pathologies bucco-dentaires et à attendre les manifestations douloureuses pour consulter.

-en outre, la vulnérabilité des dents vis à vis de la carie est maximale dans la phase post-éruptive, de sorte que toute la période de l'enfance et de l'adolescence peut être considérée comme présentant un risque élevé de ce point de vue.

**-Les maladies parodontales**, qui touchent le parodonte c'est à dire les tissus de soutien de la dent, entraînent généralement une récession de la gencive (« déchaussement » des dents) et détruisent progressivement l'os alvéolaire. Elles sont responsables de la plupart des pertes dentaires dans la deuxième moitié de la vie. Leur fréquence dans la population et le niveau des atteintes sont mal connus et ne font pas l'objet d'enquêtes régulières. On estime cependant que les stades initiaux de parodontopathies, correspondant à des atteintes légères et généralement réversibles (gingivites), sont très fréquents et peuvent toucher la majorité de la population adulte tandis que les formes sévères, allant jusqu'à la mobilité et la perte de plusieurs dents, atteignent 10 à 20% de la population, majoritairement des grands fumeurs. En 1993, le nombre moyen de dents absentes était de 3 dans la tranche d'âge 35-44 ans et de 16,9 dans la tranche d'âge 65-74 ans. Toujours en 1993 et dans cette tranche d'âge 65-74 ans, le pourcentage des édentés complets était de 16,3%.

Outre la présence de plaque dentaire résultant d'une hygiène insuffisante ou peu efficace, les principaux facteurs de risques sont constitués par le tabagisme, le diabète, et toutes les pathologies ou traitements entraînant une altération des défenses immunitaires (VIH, traitements anti-cancéreux, etc.)

**-Les cancers buccaux** sont très liés à la consommation excessive d'alcool et de tabac et constituent également une préoccupation de santé publique importante. Ils sont de mauvais pronostic (50% de survie à 5 ans) et touchent principalement les hommes (plus de 80% des cas) surtout dans la tranche d'âge 65-69 ans. Leur incidence en France est la plus élevée d'Europe (7705 cas en 2000 d'après les registres des cancers du réseau Francim).

**-D'autres pathologies** justifieraient une observation régulière : **les lésions dentaires d'origine traumatique** (fréquemment liées à la pratique de certains sports) ; **les anomalies oro-faciales congénitales** : fentes faciales (« bec de lièvre ») , divisions palatines, dont les conséquences bucco-dentaires nécessitent souvent des soins longs et spécifiques ; **les troubles de l'harmonie dento-maxillo-faciale**, qui ont des conséquences esthétiques et parfois fonctionnelles, entraînent une forte demande de traitements orthodontiques mais ne peuvent pas être considérés comme un problème de santé publique.

## **B – Retentissement des affections bucco-dentaires sur la santé et la qualité de vie**

Les affections bucco-dentaires, dans la mesure où elles impliquent généralement infection et douleur, retentissent – parfois gravement – sur l'état général. Elles peuvent être à l'origine de complications infectieuses locales ou à distance, en particulier chez certains patients fragilisés : personnes immunodéprimées (VIH, chimiothérapies anticancéreuses...), patients diabétiques plus vulnérables à l'infection, patients cardiaques présentant un risque

d'endocardite infectieuse, personnes âgées dépendantes ou personnes handicapées (infections respiratoires provoquées, entretenues ou aggravées par inhalation de particules septiques d'origine buccale).

Par ailleurs, il existe – notamment en raison de facteurs de risque communs – des corrélations significatives entre un mauvais état bucco-dentaire (notamment parodontopathies sévères) et diabète, maladies cardiovasculaires, accouchements prématurés, pneumopathies chroniques, cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS).

Enfin, les affections bucco-dentaires peuvent aussi altérer les fonctions de mastication, de phonation et, plus généralement, entraîner une dégradation de la qualité de vie et de la relation avec autrui : perte du plaisir de manger, dégradation de l'image de soi, crainte de parler, de sourire, d'embrasser.

### **C – Un domaine marqué par de fortes inégalités**

Malgré la tendance générale à l'amélioration, constatée notamment chez les enfants d'âge scolaire (cf. enquête UFSBD 2006) et qui bénéficie aux enfants de toutes les catégories socio-professionnelles, les inégalités de santé bucco-dentaire restent marquées :

- Une pathologie très inégalement répartie :

A 12 ans, 6% des enfants non-indemnes cumulent 50% des dents atteintes et 20% cumulent 72% des dents atteintes.

- Des inégalités liées à la situation sociale des parents :

Les enfants d'agriculteurs, d'ouvriers, d'inactifs, de même que les enfants scolarisés en ZEP ou en zone rurale, sont plus significativement atteints par la carie.

-L'indice CAO à 12 ans est de :

1,55 chez les enfants d'ouvriers ; 0,90 chez les enfants de cadres supérieurs ;

1,59 en zone rurale ; 1,16 dans les petites agglomérations.

- De manière générale, dans l'ensemble de la population, les inégalités de santé bucco-dentaire sont fortement corrélées avec les inégalités sociales :

o Les renoncements aux soins pour les jeunes sont 2 fois plus importants dans les classes sociales défavorisées. (source Enquête 2000 sur la Santé bucco-dentaire des jeunes franciliens de moins de 20 ans – URCAMIF)

o Selon la catégorie socio-professionnelle : le pourcentage d'adultes ayant des dents manquantes non remplacées varie du simple au double (21% à 43%), le recours au chirurgien-dentiste à titre préventif varie de 25,7% à 46,7%, les renoncements aux soins ou prothèses dentaires varient de 4% à 12% (source CREDES – enquête 2000)

o selon les enquêtes de l'IRDES (ESPS 2000 notamment), 45% des ouvriers non qualifiés déclarent au moins une dent manquante non remplacée contre 29% des cadres. De même, l'enquête « Précalog » du CREDES (2000) et l'étude d'ATD-quart monde de juillet 2005 viennent confirmer la relation étroite qui lie mauvais état de santé bucco-dentaire et précarité.

o Le recours aux soins, mesuré par la « consommation » de soins dentaires, fait aussi apparaître des inégalités significatives : ce recours est fortement lié au niveau de revenu et au niveau de couverture par l'assurance maladie complémentaire, le taux de renoncement à des soins bucco-dentaires étant significativement plus élevé parmi les ménages disposant de faibles revenus ou d'une faible couverture complémentaire.

### ***Les inégalités constatées traduisent :***

-d'une part, une exposition inégale au risque : les habitudes favorables à la santé bucco-dentaire (brossage biquotidien, exposition aux fluorures, alimentation variée) sont plus répandues dans la population qui bénéficie d'un meilleur niveau d'éducation et de revenus,

-d'autre part, un recours aux soins inégal lui aussi : les cadres consultent plus fréquemment un chirurgien-dentiste que les catégories sociales peu qualifiées. Plusieurs facteurs contribuent à expliquer ce moindre recours aux soins dans les populations les moins favorisées : un facteur financier évident (certains actes et traitements dentaires sont coûteux et laissent à la charge du patient une large part des honoraires) ; mais aussi un facteur socioculturel : la peur de soins réputés douloureux, l'attention apportée à son corps, et le niveau d'information en matière de santé ne sont pas également répartis dans la population.

### ***Des groupes à risques particuliers :***

Outre les inégalités sociales de santé, des enquêtes récentes, conduites notamment par les services médicaux de l'assurance maladie, ont mis en évidence des groupes particuliers qui, en raison de difficultés spécifiques d'accès à la prévention et aux soins, présentent un état bucco-dentaire particulièrement dégradé et ne disposent pas toujours d'une offre de soins adaptée. C'est le cas de nombreux enfants ou adultes handicapés (difficulté d'acquisition des habitudes d'hygiène, difficulté de réalisation des soins aboutissant à des édentations précoces), c'est aussi le cas des personnes âgées dépendantes hébergées en établissement, des personnes hospitalisées pendant de longues durées (en psychiatrie par exemple), c'est aussi le cas des personnes détenues.

### **D – Des moyens de prévention efficaces :**

Plusieurs exemples étrangers (Suisse, Suède, Australie, Finlande notamment) de même que certaines actions expérimentales en France (action de la MSA évaluée par le CRESGE notamment), montrent que la prévention peut être très efficace dans ce domaine et même permettre, non seulement une amélioration sensible de la santé bucco-dentaire (ce qui est la raison d'être de la prévention) mais aussi une diminution significative de la dépense de soins dentaires à court terme (trois ans après le début de l'action) .

La prévention des affections bucco-dentaires repose d'une part sur la réduction des facteurs de risque pour empêcher la survenue des pathologies, d'autre part sur le traitement précoce des lésions, qui évite efficacement leur aggravation :

Prévention de la carie : elle consiste avant tout à faire acquérir des comportements favorables à la santé bucco-dentaire en matière d'hygiène (brossage biquotidien des dents avec une pâte dentifrice fluorée), d'alimentation (éviter les prises répétées d'aliments et boissons sucrées) et de recours précoce aux soins.

Parmi les méthodes efficaces, on retrouve :

- l'éducation à la santé dès le plus jeune âge et si possible en impliquant les parents,
- la détection des enfants à risques pour leur appliquer une prévention plus intensive,
- la promotion du fluor (dentifrice, bains de bouche, vernis ; fluoration de l'eau ou du sel alimentaire).
- dépistage et traitement des lésions dès leur apparition

Prévention des maladies parodontales et des cancers buccaux : elle repose essentiellement sur une hygiène bucco-dentaire rigoureuse, le sevrage tabagique et l'arrêt ou la modération de consommation d'alcool.

## **E – L'offre de soins**

Le nombre des chirurgiens-dentistes en activité est de 41 375 (source ADELI), soit 68 pour 100 000 habitants, ce qui situe la France dans la moyenne européenne (Suède 104 ; Allemagne 73 ; Belgique 69 ; Autriche 45 ; Royaume Uni 37).

Très majoritairement d'exercice libéral (93%), ils sont inégalement répartis sur le territoire national (Hte Normandie 41/100 000 h ; PACA 93). 1750 d'entre eux sont spécialistes qualifiés en orthodontie (ou orthopédie dento-faciale, ODF) et n'exercent que dans cette spécialité.

L'offre de soins en établissement hospitalier est très réduite : sur 31 centres hospitaliers régionaux et universitaires, il n'y a que 21 services d'odontologie, 16 d'entre eux étant rattachés aux UFR d'odontologie. Les odontologistes hospitalo-universitaires sont environ mille dont plus des trois quarts exercent leur fonction à temps partiel en ayant, parallèlement, un exercice libéral.

Par ailleurs environ 2000 chirurgiens-dentistes sont salariés de centres de soins gérés par des mutuelles, des collectivités locales ou des caisses d'assurance maladie. Enfin, on compte près de 350 chirurgiens-dentistes dans les services de santé des armées.

Les problèmes posés par la démographie de cette profession tiennent moins au nombre absolu de praticiens qu'à leur répartition géographique et aux modes d'exercice : les régions rurales et les zones péri-urbaines défavorisées souffrent d'un manque de chirurgiens-dentistes alors que les grandes villes et les zones résidentielles sont généralement bien pourvues. Par ailleurs, tandis que certains modes d'exercice orientés vers des actes rémunérateurs à honoraires libres (orthodontie, parodontie, implantologie, actes esthétiques) exercent un attrait croissant sur les jeunes praticiens, certains besoins de soins ne trouvent que difficilement une offre suffisante et adaptée : soins aux jeunes enfants ; aux personnes âgées dépendantes ; soins chirurgicaux ; soins aux personnes souffrant de maladies chroniques graves ; soins aux personnes handicapées ; urgences.

## **F – Economie des soins dentaires**

Dépense dentaire totale = 7 milliards d'euros environ.

Une prise en charge collective assez faible,

-Taux de couverture par l'assurance maladie obligatoire = 30%

-Taux de couverture par les organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance, CMU complémentaire) = 35%

-Part de la dépense restant à la charge des ménages = 35%

Un système de prise en charge complexe

La répartition du financement des soins dentaires entre assurance maladie obligatoire, organismes complémentaires et ménages, telle qu'elle est indiquée ci-dessus, représente un chiffre moyen et ne rend pas compte d'une réalité plus complexe : selon le type d'actes et de traitements, les taux de prise en charge sont extrêmement variables. Ainsi, les soins conservateurs (traitement des caries) et chirurgicaux (extractions principalement) bénéficient d'honoraires réglementés et sont, en règle générale, très bien remboursés (70% par

l'assurance maladie, 30% par la complémentaire). En revanche les traitements prothétiques (couronnes, bridges, prothèses amovibles) et orthodontiques, de même que les implants et la plupart des actes de parodontie, font l'objet d'honoraires libres et laissent à la charge des patients une forte proportion (parfois même la totalité) des frais.

La couverture complémentaire par la CMUc, les mutuelles, assurances, ou institutions de prévoyance, extrêmement variable elle aussi, améliore l'accès aux soins mais reste généralement insuffisante pour supprimer l'obstacle financier à ce type de traitements. En outre, plus de 10 % de la population n'ont aucune couverture complémentaire. Enfin, l'extension continue de la liberté d'honoraires, amplifiée par la convention dentaire de 2006, amoindrit encore le taux de couverture des honoraires réels et accroît les difficultés d'accès aux soins.

## **II – UN SECTEUR LONGTEMPS ABSENT DES POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE**

Ce domaine, longtemps sous-estimé, est désormais pleinement intégré à la politique de santé publique puisque la santé bucco-dentaire, pour la première fois en France, fait l'objet d'un plan national de prévention annoncé par le ministre en novembre 2005. En outre, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique comporte un objectif précis en la matière : réduire de 30% en 5 ans l'indice carieux des enfants de 6 et 12 ans.

La santé bucco-dentaire devrait donc à l'avenir constituer une préoccupation permanente de l'Etat et nécessite par conséquent une réflexion et des études régulières – qui font fréquemment défaut aujourd'hui – de manière à éclairer la décision publique dans ce domaine.

### **1 – Le plan de prévention bucco-dentaire de novembre 2005**

Le ministre de la santé et des solidarités a annoncé, le 25 novembre 2005, au congrès de l'Association Dentaire Française, un plan de prévention bucco-dentaire en dix mesures (cf. tableau en annexe 1) qui vise notamment à contribuer à la réalisation de l'objectif n° 91 annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : réduire de 30% en cinq ans l'indice carieux des enfants de six et douze ans. Au delà de cet objectif, ce plan vise à une meilleure prise en compte de la santé bucco-dentaire dans le champ des politiques de santé.

#### **Etat d'avancement du plan :**

-La mesure principale, l'examen bucco-dentaire de prévention à 6 et 12 ans (art. L. 2132-2-1 du CSP) est mise en œuvre par l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, dans le cadre de la convention nationale qui organise leurs rapports, depuis la mi-janvier 2007.

-«Accompagnement » de cette mesure :

§ Un accompagnement est mis en œuvre par la CNAMTS avec l'aide d'une agence de communication, sous forme de campagne radio et TV autour du slogan : « M' T dents ».

§ Par ailleurs, la mesure d'accompagnement sous forme de séances d'éducation à la santé dans les classes de CP et de 6<sup>ème</sup> de trois départements n'est pas mise en œuvre à ce jour. Selon le plan annoncé par le ministre, elle devrait s'appliquer dans 50 départements la première année avant d'être étendue à l'ensemble du territoire national. Un appel d'offre de la CNAMTS devait paraître à ce sujet (le cahier des charges est rédigé depuis fin juin 2006),

mais la CNAMTS semble désormais préférer des appels d'offre régionaux plutôt qu'un appel d'offres national.

-La mesure concernant les enfants de 4 ans (éducation à la santé + dépistage) dans les écoles maternelles de trois départements (Gard, Sarthe, Corrèze), a fait l'objet d'un appel d'offres et le marché vient d'être attribué à l'UFSBD par la CNAMTS.

-La mesure concernant les personnes âgées dépendantes (prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents de 12 EHPAD (répartis dans trois départements : Marne, Isère, Morbihan) a fait l'objet d'un appel d'offres de la CNAMTS, publié en février 2007. Pour l'instant ce marché n'a pas été attribué.

-La mesure concernant la prévention des cancers buccaux est pilotée (et financée) par l'INCa qui organise un colloque sur ce sujet le 26 février prochain.

-La mesure concernant l'amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes handicapées fait l'objet d'une convention entre la DGS et une association, l'ASPBD. Elle est mise en œuvre depuis décembre 2006.

-Les autres mesures prévues par le plan ministériel et dont le financement et la mise en œuvre dépendent de l'Assurance maladie, ne sont pas opérationnelles à ce jour. Il s'agit de mesures expérimentales (à l'échelle de trois départements) consistant notamment en consultations bucco-dentaires de prévention pour les catégories de populations suivantes : femmes enceintes, personnes hospitalisées pendant de longues durées, personnes appartenant à la tranche d'âge 60-65 ans.