

Rapport sur la santé buccodentaire

adopté définitivement en réunion de la Commission permanente le 17 janvier 2025 (sur mandat de l'Assemblée plénière du 12 décembre 2024)



Responsable/pilote du Groupe de travail « Santé bucco-dentaire »/Groupe de travail permanent spécialisé dans le domaine des droits des usagers du système de santé :
M. le Pr. Frédéric DENIS, avec la participation et le soutien constants des membres du GT

Table des matières

Présentation de la Conférence nationale de santé	10
Contexte	10
Les maladies et affections buccodentaires dans le monde	10
Les facteurs de risque des maladies buccodentaires	11
De la santé buccodentaire à la santé orale	11
Pas de santé sans santé orale	12
Santé orale et prévention	12
Absence de stratégie ou de plan de santé publique en santé orale	14
Méthode de travail appliquée	15
État des connaissances.....	16
I. L'état buccodentaire des populations en France	16
A. Les maladies buccodentaires.....	16
B. Des données épidémiologiques anciennes et disparates	16
Maladie carieuse (ou carie dentaire).....	17
Maladie parodontale	17
Édentement	18
Cancers lèvres – bouche – pharynx en France	19
Papillomavirus (HPV)	19
Traumatismes dentaires	20
Bruxisme et para fonctions.....	20
C. Des inégalités sociales de santé renforcées par les difficultés d'accès aux soins et à la prévention	21
État buccodentaire des enfants et des adolescents	21
État buccodentaire des personnes « fragiles » (personnes malades, personnes présentant un handicap, personnes âgées et personnes présentant des troubles).....	21
État buccodentaire des personnes détenues dans les lieux de privation de libertés en France	22
État buccodentaire des séniors	23
État buccodentaire des adultes en situation de précarité	24
État buccodentaire dans les départements et les régions d'outre-mer	25
II. Le système de soins dentaires français.....	25
A. Financement des soins dentaires en France	25
La couverture médicale des populations.....	26
Le niveau de prise en charge des soins dentaires	26
Les dépenses pour les soins dentaires	28
Reste à charge et renoncement aux soins : un paradoxe français.....	29
B. L'offre de soins dentaires (de services de santé buccodentaire).....	30
Focus sur les projections démographiques	33
L'offre de soins buccodentaires pédiatriques	33
L'offre de soins buccodentaires pour les personnes fragiles (personnes malades, personnes présentant un handicap, personnes âgées et personnes présentant des troubles).....	35
L'offre de soins bucco-dentaires dans les centres pénitentiaires.....	35
Un focus sur l'offre de soins bucco-dentaire dans les Outre-mer (Mayotte et Guyane) : un sous-investissement chronique	36
C. Les difficultés d'accès aux soins et à la prévention.....	39
Des difficultés conjoncturelles.....	39

Des tensions sur l'accessibilité physique à des structures de soins.....	40
Des obstacles financiers.....	40
D. Le bilan de l'impact du 100 % santé.....	42
III. La prévention buccodentaire	43
A. La politique de fluoration : des décisions à prendre et à suivre.....	43
Les dentifrices fluorés.....	43
La fluoration du sel.....	44
Le fluorure de diamine d'argent.....	44
B. Les stratégies nationales de prévention buccodentaire.....	45
Le plan national de prévention buccodentaire (2006-2009) : M'T dents.....	45
De M'T Dents à « génération sans carie ».....	45
Le volet prévention du dispositif 100 % santé.....	46
La prévention quaternaire en santé buccodentaire : protéger les usagers des dérives.....	46
La promotion de la santé buccodentaire.....	47
IV. Les acteurs de la santé publique orale	48
A. Rôle de l'État et acteurs de la santé publique orale.....	48
B. Projets régionaux de santé (2023-2028) en santé buccodentaire.....	49
PREMIER CONSTAT : la santé buccodentaire occupe une place réduite dans les PRS dans le cadre des orientations stratégiques pour les 5 ans à venir.....	49
DEUXIÈME CONSTAT : la santé buccodentaire est abordée à travers 3 thématiques.....	50
DERNIER CONSTAT : La santé buccodentaire dans les régions n'a pas d'orientation globale sur laquelle s'appuyer.....	52
V. Les usagers dans le système de santé buccodentaire.....	52
Démocratie en santé et droits des usagers.....	52
De la participation « citoyenne » à la « co-construction ».....	53
VI. Inter/ transdisciplinarité et approche globale en médecine buccodentaire : une évolution culturelle en marche	54
L'interdisciplinarité.....	54
La transdisciplinarité.....	55
L'approche par déterminants communs.....	55
VII. La financiarisation de la santé buccodentaire : éviter les pièges	55
Les soins dentaires en ville sont soumis à une logique de « marché ».....	55
La place de la pratique hospitalière dans ce contexte.....	58
Les risques et tendances de la financiarisation à contrecarrer.....	59
Recommandations	60
1. Reconnaître la santé orale dans le champ de la santé publique.....	60
1.1. Mieux apprécier la réalité de la santé orale.....	60
Recommandation 1 : mise en place d'un observatoire de la santé orale.....	60
1.2. Remettre la santé orale dans le champ global de la santé.....	61
Recommandation 2 : mieux prendre en compte les déterminants structurels des pathologies buccodentaires.....	61
Recommandation 3 : globaliser le concept du soin en prenant en compte les déterminants de la santé orale.....	62
1.3. Expertise au cœur des institutions.....	62
Recommandation 4 : nommer un Délégué national interministériel à la santé orale avec des postes créés dans toutes les ARS.....	62
Recommandation 5 : créer un diplôme d'études supérieures (DES) en santé publique pour l'odontologie et de postes ad hoc pour aller vers une formation interdisciplinaire en santé publique.....	63
2. La santé orale n'est pas à part dans le monde de la santé.....	65
2.1. La santé orale est l'affaire de tous (profession, institutions, patients/usagers).....	65

Recommandation 6 : mettre avant de la santé buccodentaire dans la construction de la Stratégie nationale de santé, des projets régionaux de santé et de l'ensemble des plans et programmes de santé	65
2.2. L'inter et transdisciplinarité (professions de santé avec les autres professions).....	66
Recommandation 7 : promouvoir un exercice coordonné des acteurs du système de santé orale et encourager leur insertion au sein des structures de soins primaires et renforcer la relation ville hôpital.....	66
2.3. Des enjeux de formation pour l'interprofessionnalité.....	67
Recommandation 8 : réformer en profondeur les études odontologiques pour répondre aux enjeux de santé des populations vivant en France.....	67
2.4. Des enjeux de formation : la prise en compte des besoins des usagers.....	67
Recommandation 9 : assurer la présence des usagers pour l'enseignement de la relation de soins en santé orale.....	68
3. Il est urgent de définir une stratégie nationale de santé orale.....	68
3.1. Pour une politique de prévention et promotion de la santé ambitieuse.....	68
Recommandation 10 : favoriser le déploiement de programmes de prévention et/ou promotion de la santé orale au plus près des populations.....	68
Recommandation 11 : augmenter le budget consacré à la prévention primaire avec des taxes ciblées sur le sucre, les sodas, le tabac et l'alcool	70
Recommandation 12 : former, accompagner et déployer des chargés de prévention en santé orale.....	70
Recommandation 13 : favoriser l'« aller vers » en inter et transdisciplinarité	71
3.2. Pour s'engager vis-à-vis des industries de consommation de masse	72
Recommandation 14 : s'engager pour agir sur les déterminants commerciaux de la santé orale (sucre, tabac, alcool) ..	72
Recommandation 15 : rendre obligatoire le Nutri-score et y intégrer la dimension santé orale	73
Recommandation 16 : renforcer la taxation des sucres libres/ajoutés et des tabac/alcool pour protéger la santé orale et orienter ces recettes vers la prévention buccodentaire.....	73
3.3. Pour développer la prévention primaire en allant d'expériences répétées à des pratiques communes.....	74
Recommandation 17 : ancrer la promotion de la santé orale dans le parcours éducatif de santé de l'enfant.....	74
3.4. Pour développer la prévention secondaire intégrée pour tous.....	75
Recommandation 18 : renforcer les mesures de prévention secondaire.....	75
Recommandation 19 : accompagner et promouvoir la généralisation du brossage des dents à l'école.....	76
4. La littératie en santé orale	77
Recommandation 20 : agir pour le développement de la littératie en santé orale tout au long de la vie	77
Recommandation 21 : promouvoir de vastes actions nationales de marketing social de la santé orale	77
5. Faciliter et sécuriser l'accès aux soins pour tous	78
5.1. Protection de l'accès aux soins des populations les plus fragiles	78
Recommandation 22 : garantir des formations initiale et continue dans le champ de la prise en charge des personnes à besoins spécifiques pour l'ensemble des professionnels de santé	78
Recommandation 23 : renforcer l'odontologie hospitalière	79
Recommandation 24 : aller vers des spécialités odontologiques visant une approche par population (DES d'odontologie pédiatrique).....	79
Recommandation 25 : maîtriser et réduire les dépassements d'honoraires afin de faciliter l'accès aux soins pour toutes et tous	80
Recommandation 26 : renforcer le parcours de soins et de santé orale des personnes les plus fragiles	80
5.2. Lutter contre les inégalités en santé orale et le respect des droits des usagers.....	81
Recommandation 27 : lutter contre les discriminations dans les refus de soins	81
Recommandation 28 : accompagner la démocratie en santé et le respect des droits des usagers pour aller vers un changement de paradigme en renforçant la capacité de mobilisation de la société civile organisée et des habitants dans le pilotage de la politique de santé orale	83
Recommandation 29 : aller vers une gradation des soins plus lisible pour les usagers	84
5.3. Soutenir la démographie professionnelle dans les territoires.....	84
Recommandation 30 : renforcer les stages au sein des cabinets libéraux/ hôpitaux périphériques/ centres de santé, en particulier en zone sous-dotée (Outre-mer) pour les étudiants de 6ème année d'odontologie	84
5.4. Développer le partage de compétences	85

Recommandation 31 : promouvoir la mise en place d'assistant.e.s en médecine buccodentaire (assistant.e.s de niveau 2) ainsi que la création et la formation d'assistant.e.s en médecine buccodentaire et d'assistant.e.s dentaires hospitalières	85
6. Interroger le financement du système de santé	86
6.1. Évaluer et faire évoluer le 100% santé	86
Recommandation 32 : inscrire le dispositif 100 % santé dans un accès aux soins sans discrimination en ajustant les paniers de soins	86
6.2. Contrôle des dérives marchandes du système de santé (marchandisation / financiarisation) : l'intervention des pouvoirs publics attendue	87
Recommandation 33 : accompagner un développement régulé des activités dentaires en centres de santé et coordonner les moyens de contrôles sanitaires, conventionnels et fiscaux	87
Recommandation 34 : faire appliquer les sanctions et poursuites et en faire publicité	88
Recommandation 35 : aider les centres de santé qui s'engagent sur les enjeux de santé publique buccodentaire.....	89
Recommandation 36 : créer une section « dentaire » dans l'observatoire de la financiarisation proposé l'assurance maladie	89
Recommandation 37 : renforcement de la surveillance et amélioration de l'encadrement des communications relatives aux soins dentaires : Enjeux et régulation de la marchandisation.....	90
7. Innover pour la santé orale avec des décisions éclairées.....	91
7.1. Les pratiques durables sont au cœur des enjeux du futur	91
Recommandation 38 : mise en place et financement d'un programme national de recherche en santé orale	91
Recommandation 39 : développer la gestion des risques environnementaux au cabinet dentaire.....	92
Recommandation 40 : développer des outils performants pour évaluer la qualité des soins et aller sur l'évaluation de la performance des soins.....	93
Recommandation 41 : encourager le déploiement du numérique en santé orale et la santé mobile (m-Oral health) ..	94
Recommandation 42 : orienter vers une rémunération prenant en compte des objectifs de santé publique en santé orale.....	95
Recommandation 43 : concevoir le cahier des charges des appels d'offres de prévention buccodentaire de l'assurance maladie dans une logique de recherche-actions.....	95
Recommandation 44 : faire émerger des pistes nouvelles par une réflexion plus collaborative	96
Remerciements.....	97
Liste des recommandations	98
Recommandations emblématiques pour faire entrer la santé orale dans la Stratégie nationale de santé.....	100
Annexes.....	101

Liste des sigles et abréviations :

ACS	Aide pour une complémentaire santé
ADF	Association dentaire française
AD2	Assistant.e dentaire de niveau 2 ou Assistant.e en Médecine bucco-dentaire
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGIRC-ARRCO	Association générale des institutions de retraite des cadres - Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés
ALD	Affection de longue durée
AMC	Assurance maladie complémentaire
AME	Aide médicale de l'État
AMO	Assurance maladie obligatoire
ANS	Agence du numérique en santé
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APF	Association des paralysés de France – France handicap
ARA	Auvergne-Rhône-Alpes
ARS	Agence régionale de santé
ASPBD	Association des acteurs de santé publique bucco-dentaire
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATSEM	Agent territorial spécialisé des écoles maternelles
BD	Buccodentaire
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CAOD	Nombre de dents cariées, absentes ou obturées
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CD	Chirurgien-dentiste
CDF	Chirurgiens-dentistes de France
CDSA	Centre de santé associatif
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLS	Contrat local de santé
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture médicale universelle
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNCDUSP	Collège national des chirurgiens-dentistes universitaires en santé publique
CNDP	Commission nationale du débat public
CNEMMOP	Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie
CNG	Centre national de gestion
CNLE	Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale
CNPMBD	Conseil national professionnel de médecine bucco-dentaire
CNS	Conférence nationale de santé
CNR	Conseil national de la refondation (en santé)
COS	Cadre d'orientation stratégique
CP	Cours préparatoire
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPD	Commission paritaire départementale
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CPR	Commission paritaire régionale
CRAES	Comité régional aquitain d'éducation pour la santé
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
CRESGE	Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion
CRIPS	Centre régional d'information et de prévention du sida
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CSI	Centre de santé infirmier
CSS ou C2S	Complémentaire santé solidaire
CTS	Conseil territorial de santé
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DES	Diplôme d'études supérieures
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DMP	Dossier médical partagé
DPC	Développement professionnel continu
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EBD	Examen bucco-dentaire
EHIS	European health interview survey
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMS	Établissement médico-social
ERP	Établissement recevant du public
ERVMA	Équipe régionale vieillissement et maintien de l'autonomie (Centre Val de Loire)
ESAT	Établissement ou service d'aide par le travail
ETP	Éducation thérapeutique du patient
FALC	Facile à lire et à comprendre
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FAO	Food and agriculture organisation – organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
FDI	Fédération dentaire internationale
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FNCS	Fédération nationale des centres de santé
FPS	Fédération promotion santé
FSDL	Fédération des syndicats dentaires libéraux
GBD	Global Burden of Disease
GTPDU	Groupe de travail permanent spécialisé dans le domaine des droits des usagers du système de santé
HAS	Haute Autorité de santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HPST	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « Hôpital, patients, santé, territoires » ou « HPST »)
HPV	Human Papillomavirus – papillomavirus humains
IA	Intelligence artificielle
IDE	Infirmier diplômé d'État
IFAS	Institut de formation d'aides-soignants
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGESR	Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche
IEM	Institut d'éducation motrice
IIRSO	Institut inter-régions de la santé orale
IME	Institut médico-éducatif
INCa	Institut national du cancer
INS	Identité nationale partagée
INSEE	Institut national de la statistique est des études économiques
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IReSP	Institut pour la recherche en santé publique
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IRIS	Institutional repository for information sharing (dépôt institutionnel pour l'échange d'informations)
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
L.AS	Licence avec option "accès santé"

MAS	Maison d'accueil spécialisée
MBD	Médecine bucco-dentaire
MCU-PH	Maître de conférences des universités-praticien hospitalier
MdM	Médecins du Monde (association)
MEOPA	Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote
MICI	Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
MISAS	Mission d'accompagnement santé
MNH	Mutuelle nationale des hospitaliers
MNT	Maladie non transmissible
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
NCDs	Non communicable diseases
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONCD	Ordre national des chirurgiens-dentistes
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ORS	Observatoire régional de la santé
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PASS	Parcours accès santé spécifique (étude de santé)
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PES	Parcours éducatif en santé
PIB	Produit intérieur brut
PNNS	Programme national nutrition santé
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PPSBD	Prévention et promotion de la santé bucco-dentaire
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis
PRS	Projet régional de santé
PU-PH	Professeur des universités-praticien hospitalier
RAC 0	Reste à charge zéro
RNOGCS	Regroupement national des organisations gestionnaires de centres de santé
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RPIB	Repérage précoce et intervention brève
SAS	Structure d'accompagnement à la sortie
SFCD	Syndicat des femmes chirurgiens-dentistes
SFSP	Société française de santé publique
SNDS	Système national des données de santé
SNPF	Syndicat national des pédiatres français
SNS	Stratégie nationale de santé
SONS	Système ouvert et non sélectif
SOSS	Santé orale soins spécifiques
Spa	Substance psychoactive
SRCV	Statistiques sur les ressources et conditions de vie
SRS	Schéma régional de santé
TDAH	Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TDI	Trouble dissociatif de l'identité
TSA	Troubles du spectre de l'autisme
TSM	Taux d'incidence standardisé monde
UD	Union dentaire
UE	Union européenne
UFAD	Union fédérale des assistantes dentaires
UFSBD	Union française pour la santé bucco-dentaire
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNESCO	Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture
UNOCAM	Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie
URPS	Union régionale des professionnels de santé

USMP	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
VADS	Voies aérodigestives supérieures
VAM	Variation annuelle moyenne en pourcentage

Présentation de la Conférence nationale de santé

La Conférence nationale de santé (CNS) est une instance consultative de démocratie en santé, placée auprès du ministre chargé de la santé¹, réunissant une très large représentation (97 membres titulaires avec voix délibératives et 97 suppléants²) des parties prenantes du système de santé et de toutes les régions (dont 5 d'Outre-mer) de notre pays. (pour en savoir plus, se reporter à l'annexe 4)

Contexte

Les maladies et affections buccodentaires dans le monde

Les maladies et affections bucco-dentaires sont parmi les maladies non transmissibles les plus répandues dans le monde, puisqu'environ 3,5 milliards de personnes sont touchés³. La charge de morbidité qu'elles représentent augmente, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il existe des inégalités socioéconomiques marquées et persistantes dans le domaine des maladies buccodentaires, avec une charge de morbidité élevée dans les groupes de population défavorisés et marginalisés. Si elles ne sont pas traitées, les maladies et affections buccodentaires entraînent des conséquences sévères et débilitantes telles que des symptômes physiques, des limitations fonctionnelles et des effets néfastes sur le bien être émotionnel, mental et social. Le coût des soins dentaires, souvent élevés, peut représenter un fardeau financier et économique important pour l'individu et pour la société⁴.

La santé buccodentaire traverse l'ensemble des dimensions de la santé publique (déterminants, milieux de vie, maladies, populations, acteurs). C'est à ce titre qu'elle doit trouver sa place dans tout le champ, en cohérence avec l'approche proposée par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986)⁵.

Les maladies et affections bucco-dentaires

La **carie dentaire** résulte de la production locale d'acides organiques par les bactéries cariogènes de la plaque dentaire lorsque ces dernières sont en contact avec les sucres fermentescibles de l'alimentation. Cette acidité, si elle se répète, sans présence de facteurs de protection, est responsable d'une déminéralisation progressive pouvant aboutir à la destruction des dents.

Les **maladies parodontales** correspondent à un ensemble de pathologies inflammatoires chroniques qui affectent, non pas la dent, mais l'ensemble des tissus de soutien de celle-ci. Au stade initial, la gingivite correspond à une inflammation caractérisée par une rougeur des gencives, qui deviennent lisses, gonflées et qui saignent au contact ou spontanément. Lorsqu'elle n'est pas traitée, elle peut gagner les structures profondes du parodonte, on parle alors de parodontite. La gencive régresse, une hypersensibilité dentaire apparaît, les dents bougent anormalement jusqu'à leur perte définitive possible.

¹ Article L. 1411-3 du Code de la Santé Publique. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927427#:~:text=La%20Conf%C3%A9rence%20nationale%20de%20sant%C3%A9,la%20strat%C3%A9gie%20nationale%20de%20sant%C3%A9

² Le masculin est utilisé en tant que générique afin de faciliter la lecture du présent texte et n'a aucune intention discriminatoire.

³ OMS : la santé bucco-dentaire. 2024. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

⁴ SEITZ MW, LISTL S, BARTOLS A, SCHUBERT I, BLASCHKE K, HAUX C, VAN DER ZANDE MM. Current Knowledge on Correlations Between Highly Prevalent Dental Conditions and Chronic Diseases: An Umbrella Review. *Prev Chronic Dis*. 2019 Sep 26;16:E132. doi: 10.5888/pcd16.180641.

⁵ OMS. Promotion de la santé. Charte d'Ottawa. Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/349653>

Les facteurs de risque des maladies buccodentaires

Les maladies bucco-dentaires partagent avec d'autres maladies non transmissibles (MNT) des facteurs de risque majeurs, tels que la consommation de sucre, le tabagisme et la consommation nocive d'alcool. Ces facteurs sont influencés de manière constante à l'échelle mondiale par des déterminants socio-environnementaux. Plus d'un tiers de la population mondiale vit avec des caries dentaires non traitées. Elles concernent tous les âges de la vie et la prévalence de la maladie parodontale grave est estimée à environ 19 % chez les personnes âgées de plus de 15 ans, soit plus d'un milliard de cas dans le monde. Une hygiène buccodentaire insuffisante ou inadéquate constitue un facteur de risque comportemental majeur de la maladie carieuse et de la maladie parodontale. Une hygiène buccodentaire adéquate vise à désorganiser, par le brossage et le nettoyage interdentaire, la plaque dentaire pour en éviter les effets délétères sur la sphère orale (caries, maladie parodontale) et, d'une façon générale, sur l'organisme.

La plaque dentaire

La plaque dentaire peut être définie comme une matrice de bactéries et de leurs sous-produits qui adhèrent aux dents et aux prothèses dentaires. Si ce biofilm n'est pas régulièrement désorganisé par le brossage, les communautés microbiennes sont entraînées dans une dysbiose, à savoir un changement écologique qui favorise une plus grande activité pathogène. Dans ce contexte, la dissémination hémotogène des bactéries et des médiateurs inflammatoires est déclenchée, ce qui entraîne une amplification néfaste de l'inflammation systémique chez certains individus. Parallèlement à d'autres mécanismes biologiques, l'empreinte pathologique qui en résulte affecte de multiples organes, avec des preuves solides de liens particulièrement néfastes avec les systèmes endocrinien, cardiovasculaire, pulmonaire et neurologique. Cette empreinte inflammatoire est exacerbée par le processus d'inflammation, contribuant à l'augmentation chronique à bas bruit de l'état pro-inflammatoire qui se développe avec l'avancée en âge⁴.

De la santé buccodentaire à la santé orale

Aujourd'hui, la santé est considérée comme une ressource pour un individu, dans une idée d'épanouissement personnel, mais aussi pour une société en termes de développement social et économique. La définition de la santé buccodentaire (ou santé orale) adoptée par la Fédération dentaire internationale (FDI) est intéressante, en ce sens, qu'elle se décentre de la maladie pour aller vers une vision plus large et multidimensionnelle qui inclut la capacité à parler, sourire, sentir, goûter, toucher, mâcher, avaler et transmettre une gamme d'émotions par des expressions faciales en toute confiance, sans gêne ni douleur. Ainsi, un état buccodentaire sous-optimal, avec, par exemple, des dents cassées ou manquantes, des prothèses dentaires mal adaptées, peut provoquer des douleurs et/ou des infections buccodentaires, des troubles fonctionnels comme des difficultés pour mastiquer, avec des impacts majeurs sur la santé et la qualité de la vie des personnes⁶.

En général, ces conséquences sur la qualité de vie sont liées à la réduction de l'apport nutritionnel, aux effets comportementaux sur les choix alimentaires, aux problèmes de communication (phonation, articulation de la parole, etc.) et aux difficultés associées à la mastication et à la déglutition.

Ainsi, au niveau mondial, les affections buccodentaires ont contribué à 8 millions d'années vécues avec une incapacité chez les personnes âgées de 50 à 74 ans en 2019⁷.

⁶ GLICK M, WILLIAMS DM, BEN YAHYA I, ET AL. Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All. Geneva : FDI. World Dental Federation; 2021. Disponible sur : https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-02/Vision-2030-Delivering%20Optimal-Oral-Health-for-All_0.pdf

⁷ OMS. Rapport de situation sur la santé bucco-dentaire dans le monde. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>

Santé orale vs santé bucco-dentaire

La santé orale et la santé buccodentaire sont 2 concepts souvent utilisés de manière interchangeable mais ils ont des nuances distinctes.

La santé buccodentaire concerne spécifiquement la santé des dents, des gencives et de la cavité buccale. Elle inclut des aspects tels que la prévention et le traitement des caries, des maladies parodontales, des infections buccales, ainsi que l'hygiène dentaire en général (brossage, utilisation de fil dentaire, etc.). En d'autres termes, elle est principalement axée sur les structures anatomiques de la bouche.

La santé orale a un sens plus large, englobant non seulement la santé buccodentaire, mais aussi les aspects globaux de la santé et du bien-être liés à la bouche et à la sphère orale. Cela inclut des considérations telles que l'impact de la santé buccale sur la santé générale, les maladies systémiques (comme le diabète) qui peuvent être influencées par des problèmes buccodentaires, ainsi que des éléments sociaux et psychologiques (comme l'estime de soi liée à l'apparence des dents). Elle porte également sur les comportements, les habitudes de vie et l'accès aux soins dentaires. En résumé, la santé buccodentaire est un sous-ensemble de la santé orale, qui englobe des préoccupations plus larges liées à la bouche et à leur impact sur la santé globale

Pas de santé sans santé orale

Pour les personnes en institution et en perte d'autonomie, la santé buccodentaire se dégrade rapidement après leur installation, même si la santé buccodentaire est satisfaisante au moment de l'admission⁸. Par exemple, pour les résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ce déclin peut être le résultat d'une combinaison de plusieurs paramètres comme une xérostomie (sécheresse buccale éventuellement due à une polymédication et insuffisamment compensée), un manque ou insuffisance d'accompagnement aux gestes d'hygiène buccodentaire biquotidiens chez des personnes en perte d'autonomie et/ou une limitation d'accès aux soins dentaires. Cette dégradation de la santé buccodentaire se manifeste par la conjugaison d'un ensemble de symptômes non traités, d'un nombre réduit de dents fonctionnelles, avec une diminution de la force de mastication dans un contexte de réduction de la capacité à prendre soin de soi, en raison d'une inaptitude physique⁹ ou neurologique¹⁰. Les personnes âgées peuvent aussi souffrir d'« anorexie du vieillissement », qui se traduit par une perte d'appétit et une diminution des prises alimentaires, entraînant une malnutrition due à la perte de poids et à la fragilité.

Santé orale et prévention

Plusieurs exemples internationaux (Suisse, Suède, Australie, Finlande notamment), de même que certaines expérimentations en France - conduites par la Mutualité sociale agricole (MSA) et évaluées en 2000 par le Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion (CRESGE) - montrent que la prévention et la promotion de la santé bucco-dentaire (PPSBD) visant l'amélioration des pratiques de soins à domicile - telles que le brossage régulier des dents et le nettoyage interdentaire - peuvent prévenir la progression des maladies gingivales. Il est également révélé qu'une meilleure intégration des services de soins dentaires et de soins de santé

⁸ THIÉBAUT S, LUPI-PÉGURIER L, PAPRAPONARIS A, VENTELOU B. Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France, 2008-2009. BEH 7, 5 mars 2013. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/143993/2126459>

⁹ COMITÉ RÉGIONAL AQUITAINE D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (CRAES) – CENTRE RÉGIONAL D'INFORMATION ET DE PRÉVENTION DU SIDA (CRIPS) 2006 - Synthèse documentaire sur la nutrition des personnes âgées, programme « Mieux se nourrir, mieux vivre quand on avance en âge. Disponible via : <https://www.educasante.org/wp-content/uploads/2018/07/Dossier-documentaire-sur-la-Nutrition-des-personnes-agees2.pdf>

¹⁰ OMS. Vieillesse et qualité de vie. 2017. Disponible sur : <https://www.emro.who.int/fr/annual-report/2017/health-promotion.html>

généraux pour traiter les facteurs de risque communs peuvent être très efficaces. Elle permet une amélioration sensible de la santé buccodentaire ainsi qu'une diminution significative de la dépense en soins dentaires à court terme (trois ans après le début de l'action)¹¹. La prévention des affections buccodentaires (lésions carieuses et maladies parodontales) repose, d'une part, sur la prévention primaire avec notamment la réduction des facteurs de risques pour empêcher la survenue des pathologies et, d'autre part, sur la prévention secondaire avec la détection et le traitement précoce des lésions, qui évite efficacement l'aggravation de celles-ci⁷.

Même si la reconnaissance collective de la santé buccodentaire comme partie intégrante de la santé globale et du bien-être de tout être humain est désormais bien établie, cette approche peine à s'imposer dans les politiques de santé en France. Pourtant, nous savons que le nombre absolu de personnes souffrant de troubles buccodentaires devrait continuer à augmenter. Il sera aussi amplifié par les défis posés par le vieillissement des populations et l'augmentation des maladies chroniques.

Notre système de soins dentaires se caractérise par un fort ancrage dans la dimension curative. La majeure partie des dépenses de soins dentaires est solvabilisée par les complémentaires santé, complété par la solidarité nationale (assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé solidaire – CSS ou C2S) ; ces mécanismes sont régulés dans un cadre conventionnel entre les professionnels de santé (syndicats des chirurgiens-dentistes libéraux) et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Des évolutions ont été introduites dans le cadre conventionnel buccodentaire 2023-2028 par la négociation entre les partenaires et l'assurance maladie¹² :

- extension de l'examen buccodentaire (EBD) des enfants de 3 ans et aux jeunes adultes jusqu'à l'âge de 24 ans à un rendez-vous annuel pris en charge. Il est à noter toutefois que le bilan de soins dans ce dispositif ne sera plus pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO) à compter du 1er octobre 2025 ;
- extension temporelle de l'EBD et des soins consécutifs aux femmes enceintes dès le 4ème mois de grossesse, jusqu'au 6ème mois après la naissance de l'enfant ;
- extension de la prise en charge du bilan parodontal et du surfaçage radiculaire, au-delà des patients diabétiques, à celles atteintes de certaines affections de longue durée (personnes immunodéprimées, atteintes de maladies cardiovasculaires, de polyarthrite...) et aux jeunes rentrés dans la cohorte « génération sans carie » lorsque ces soins deviendront nécessaires à des âges postérieurs ;
- incitation financière à l'engagement des chirurgiens-dentistes dans « l'aller-vers » les populations les plus éloignées des soins et création d'une visite à 40 euros au sein des établissements médico-sociaux (EMS) ;
- prise en charge de séances d'habituations, dites « consultations blanches » pour les personnes en situation de handicap.

¹¹ EUROPEAN FEDERATION OF PERIODONTOLOGY (EFP). Time to take gum disease seriously. The societal and economic impact of periodontitis. The Economist Intelligence Unit Limited 2021. Disponible sur :

<https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/eiu-efp-oralb-gum-disease.pdf>

¹² ASSURANCE MALADIE. La convention nationale des chirurgiens-dentistes 2023-2028. L'essentiel. Disponible sur :

<https://www.ameli.fr/paris/chirurgien-dentiste/textes-referance/convention/convention-nationale-2023-2028>

La grande fréquence des affections buccodentaires, leur retentissement sur l'état général et sur la qualité de vie, ainsi que leur répartition très inégale dans les populations vivant en France, en font une question de santé publique à part entière¹³.

Absence de stratégie ou de plan de santé publique en santé orale

Au-delà des plans thématiques (déterminants, populations, pathologies...), la CNS a constaté l'absence de stratégie nationale dédiée spécifiquement à la santé orale. Les seuls rapports existants, étant ceux de la Direction générale de la santé (DGS), qui datent de 2006 - Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées¹⁴, La santé bucco-dentaire des personnes détenues¹⁵ - et celui du Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité de 2010 : Rapport de la mission « handicap et santé bucco-dentaire¹⁶», améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) relatives aux stratégies de prévention de la carie dentaire ont constitué une référence pour le secteur (2010)¹⁷. Dans ce contexte, la Commission permanente de la Conférence nationale de santé (CNS), réunie le 19 janvier 2024, a décidé, en application de son programme de travail adopté en juillet 2020, de mettre en place un groupe de travail sur le thème de la santé buccodentaire. Le pilotage de ce groupe de travail a été confié au Pr. Frédéric DENIS (cf. la lettre de mission, en annexe 1). Le suivi de l'avancement des travaux de ce Groupe de travail a été réalisé au sein du Groupe de travail permanent spécialisé dans le domaine des droits des usagers du système de santé (GTPDU) de la CNS, présidé par M. Christian BRUN. Cette mission avait pour objectif à partir d'un diagnostic initial des besoins, de proposer à la CNS les recommandations essentielles permettant d'améliorer la santé buccodentaire des populations, notamment celle des personnes les plus vulnérables, et de renforcer la résilience de notre système de santé ; en particulier - mais sans visée limitative - d'aborder les enjeux suivants :

Les questions de la saisine CNS à traiter sont :

- accès à la santé et aux soins bucco-dentaires. Impact du dispositif 100 %,
- renforcement de la prévention et notamment définition de la place de la santé bucco-dentaire dans le dispositif des consultations aux différents âges de la vie,
- leviers d'action sur les déterminants commerciaux,
- impact des dynamiques de financiarisation en œuvre,
- intégration des soins bucco-dentaires avec les autres soins, articulation des professionnels de la santé bucco-dentaire avec les autres professionnels de santé dans une approche globale du patient

Un groupe de travail mixte composé de membres de la CNS et de membres invités, de professionnels, d'usagers et d'offres de soins primaires a été constitué. Ce groupe de travail

¹³ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES. La réforme « 100 % Santé » dentaire. Disponible via : sante.gouv.fr/systeme-de-sante/100pourcent-sante/espace-professionnels/les-nouvelles-mesures-dentaire/article/la-reforme-100-sante-dentaire

¹⁴ FOLLIGUET M. Direction générale de la Santé. Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées, 2006. 47 P. Disponible via : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf

¹⁵ FOLLIGUET M. Rapport santé en prison –Direction générale de la santé – La santé bucco-dentaire des personnes détenues - version septembre 2006. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_sante_bucco-dentaire_des_personnes_detenues.pdf

¹⁶ HESCOT P ET MOUTARDE DA. Rapport de la mission « Handicap et santé bucco-dentaire », Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Paris : ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville ; 2010, 65 p. Disponible via : https://www.reseau-lucioles.org/wp-content/uploads/IMG/pdf/morano_rapport.pdf

¹⁷ HAUTE AUTORITE DE SANTÉ. Stratégies de prévention de la carie dentaire, synthèses et recommandations. 2010. Paris. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_synthese_carie_dentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf

est rattaché au Groupe de travail permanent sur les droits des usagers (GTPDU) de la CNS. (pour prendre connaissance de sa composition : se reporter à l'annexe 3)

Le 07 mai 2024, dans la continuité de la résolution 2023 de l'Assemblée mondiale de la santé et du lancement de la Stratégie santé mondiale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la DGS a souhaité que le travail de la CNS puisse nourrir une mobilisation ample sur la santé orale. En particulier, la DGS a demandé que ce travail contribue à sa réflexion sur le sujet et à l'intégration d'une démarche de démocratie en santé dans la finalisation d'une feuille de route « santé bucco-dentaire ». Après une auto-saisine de la CNS, ce travail s'inscrit donc également dans le cadre de la saisine de la DGS (cf. lettre de saisine du 07 mai 2024 - annexe 2).

Méthode de travail appliquée

En regard du périmètre des questions à traiter, les membres du groupe de travail ont privilégié 2 approches pour appréhender ces questions dans toutes leurs dimensions et complexité :

- 1 - se référer au projet de plan d'action mondial pour la santé bucco-dentaire (2023–2030),
- 2 - nourrir une mobilisation ample sur la santé orale sur le sujet de l'intégration d'une démarche de démocratie en santé dans la finalisation d'une feuille de route « santé bucco-dentaire ».

et aussi croiser ces 2 approches avec les valeurs de la CNS :

- l'approche globale de la santé,
- le respect des droits des usagers,
- la recherche d'un équilibre entre préventif et curatif,
- la lutte contre les inégalités de santé.

Nous avons commencé notre mission par la recherche de travaux ou de réflexions similaires sur le sujet concernant :

- l'état buccodentaire des populations en France,
- le système de soins dentaires français,
- le volet bucco-dentaire du plan national de prévention (M'T Dents – 100 % santé)
- les acteurs de la santé publique orale,
- les usagers dans le système de santé bucco-dentaire,
- l'inter- et la transdisciplinarité en médecine bucco-dentaire,
- les politiques de prévention, fluoration, dépistage,
- la financiarisation de la santé bucco-dentaire.

Ces éléments ont permis au groupe de travail de préciser les thématiques à aborder et de faire émerger certains angles morts sur le sujet.

Dans un second temps, avec un grand nombre d'auditions d'acteurs en liens directs ou plus éloignés de la santé buccodentaire, nous avons cherché à éclairer les questions posées par la lettre de mission du Président de la CNS et par la lettre de saisine de la DGS.

Au total, plus de 40 réunions du groupe de travail spécifique ont été organisées, pour l'essentiel en visioconférence, ainsi que 32 auditions – soit une quarantaine d'heures d'audition - dont 12 pour la profession dentaire et les offreurs de soins du secteur (incluant la formation), 4 pour les autorités sanitaires (OMS, DGS, DGOS, ARS), 4 des financeurs (évaluation incluse), 3 concernant

les usagers, 3 sur le thème de la prévention et la promotion de la santé, 2 consacrées à la spécificité des territoires ultramarins (dont une commune avec le groupe de travail de la CNS sur la santé dans les outremer : pour la Martinique).

En outre, des heures ont aussi été consacrées par les membres du GT et ceux du GTPDU aux analyses, échanges et synthèses.

Le rapport a été adopté par les membres de la CNS en plusieurs étapes :

- un 1^{er} document, établi par le responsable du groupe de travail sur la base des auditions a été élaboré, fin août 2024. Une nouvelle structuration du document, proposée par certains membres, a été validée par le GT. Des présentations régulières des travaux ont été faites : en réunions du GTPDU, de la Commission permanente et en Assemblée plénière, le 10 octobre, par 2 membres dont le responsable du GT ?,
- après examen en Commission permanente le 6 décembre 2024, le projet de document relatif aux recommandations a été adressé aux membres de la CNS pour recueillir d'éventuelles propositions d'amendements. Réunis en Assemblée plénière le 12 décembre 2024, le texte des recommandations, présenté par 3 membres du GT, a été amendé et adopté à l'unanimité des membres présents ou représentés (le quorum ayant été atteint),
- le document « état des connaissances », présenté pour débats et examen des éventuels amendements préalables, a, lui, été adopté en Commission permanente à l'unanimité (sur mandat donné en assemblée plénière le 12 décembre), quorum atteint avec la participation de 12 membres sur 17, le 17 janvier 2025.

État des connaissances

I. L'état buccodentaire des populations en France

A. Les maladies buccodentaires

Selon le rapport publié récemment par l'OMS, intitulé Stratégie et plan d'action mondiaux pour la santé bucco-dentaire 2023–2030¹⁸, la santé orale (bucco-dentaire) altérée est la cause de toute une série de maladies et d'affections. Parmi celles-ci, figurent les caries dentaires et les maladies parodontales ainsi que leurs conséquences l'édentement (perte des dents), mais aussi les cancers de la bouche, les traumatismes bucco-dentaires ou les malformations congénitales (non évoquées dans ce rapport). Ces pathologies sont caractérisées par le fait qu'il s'agit de maladies chroniques, d'origine multifactorielles, influencées par les déterminants socio-environnementaux. Elles sont en grande partie évitables car liés à la présence de facteurs de risques modifiables. Pourtant, les principales maladies et affections bucco-dentaires toucheraient près de la moitié de la population soit 3,5 milliards de personnes dans le monde^{3,7}.

B. Des données épidémiologiques anciennes et disparates

Contrairement à d'autres pays tels que la Suède, l'Espagne, la Norvège etc., il n'existe pas de surveillance régulière du statut bucco-dentaire des populations vivant en France, tant pour les

¹⁸ OMS. Stratégie et plan d'action mondiaux pour la santé bucco-dentaire 2023–2030. Disponible sur : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376779/9789240092280-fre.pdf?sequence=1>

populations adultes qu'infantiles¹⁹. Les dernières études menées au niveau national sont anciennes et les indicateurs utilisés pour évaluer la présence des pathologies bucco-dentaires sont multiples, souvent complexes à appréhender pour les non-professionnels. Il faut noter que ces indicateurs sont des indicateurs de sévérité dits cumulatifs c'est-à-dire qu'ils augmentent avec l'âge.

Maladie carieuse (ou carie dentaire)

Concernant les enfants, la dernière étude nationale ayant mesuré l'indice CAOD (= nombre de dents définitives cariées, absentes ou obturées) a été réalisée en 2006²⁰. Elle a mis en évidence, comme dans les autres pays à revenus élevés, une amélioration de l'état buccodentaire chez les enfants. Ainsi, à l'âge de 6 ans le nombre d'enfants indemnes de carie est passé de 30 % en 1987 à 63 % en 2006. A l'âge de 12 ans, l'indice CAOD a évolué de 4,2 en 1987 à 1,2 en 2006 (et respectivement de 12 % à 56 % d'enfants indemnes de carie)²¹. Les résultats étaient loin de ceux obtenus en Allemagne (CAOD à 0,7) ou en Suède (CAOD à 0,9)¹⁷. La France était donc considérée, il y a 20 ans, dans une situation moyenne en Europe, entre les pays du Nord (CAO <1) et les pays de l'Est (CAO > 4)¹⁹.

En ce qui concerne les adolescents, une étude menée en 1999 auprès de jeunes de 15 ans, bénéficiaires de l'examen de prévention bucco-dentaire (EBD) **en métropole**, a mis en évidence des variations régionales avec un indice CAO allant de 3,3 en Île de France à 5,4 en Bretagne pour une moyenne de 4 en France métropolitaine. Parmi ces adolescents, près de la moitié présentait au moins une carie à soigner et 11 % plus de 5 caries à traiter. Une étude similaire conduite en 2010 a retrouvé un indice CAOD de 1,5 avec 56 % des adolescents indemnes de carie, indiquant une amélioration de l'état bucco-dentaire des adolescents participants à l'EBD²².

Pour les adultes, les données sont encore plus rares. Les études répertoriées en 2010 montraient que les adultes avaient un CAOD moyen compris entre 13 et 15. Il était de 23 chez les personnes âgées de plus de 65 ans avec 16,3 % de personnes complètement édentées^{17,21}.

Maladie parodontale

Concernant la santé parodontale, il convient de distinguer les stades précoces, réversibles de la maladie comme la gingivite (inflammation de la gencive) et les stades plus avancés (les parodontites) avec une destruction des tissus de soutien des dents (os, gencive). La gingivite concerne la quasi-totalité des personnes à un moment de la vie, ce de manière plus ou moins chronique. Chez l'adolescent, la prévalence de la gingivite est d'environ 50 % et un peu moins chez les enfants entre 6 et 12 ans (9 à 32 % selon les études)²³. Pour les parodontites sévères (nécessitant un traitement pour ralentir la perte des dents), la prévalence serait comprise entre 0,02 et 0,8 % chez les enfants (parodontite juvénile) et entre 10 et 20 % chez les adultes²⁴. Selon les données internationales de « Global Burden of Disease » (GBD), la parodontite est la 7ème

¹⁹ DENTAL CARIES DATA - CAPP - Malmö University.xlsx. Disponible sur :

<https://mau.app.box.com/s/bgaspqzgz6y0nwtngz10kadiu8ugnevb>

²⁰ ROLAND E, DUPRE C, GUEGUEN R. Épidémiologie de la carie chez les enfants de 6,9 et 12 ans des Centres d'examen de santé. Inf Dent. 2006, 88 (33). p. 2011-2016.

²¹ AZOGUI-LEVY S, BOY-LEFEVRE ML. La santé bucco-dentaire en France. ADSP, 2005, 51. p. 4-8. Disponible sur :

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/telecharger/ad510408.pdf>

²² TRAVER F, SAUCEY MJ, GAUCHER C. État bucco-dentaire des jeunes participant au dispositif de l'examen bucco-dentaire (EBD) [Oral hygiene of children and adolescents participating in the dental examination program]. Sante Publique. 2014 Jul-Aug;26(4):481-90. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2014-4-page-481?lang=fr>

²³ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Parodontopathies : diagnostics et traitements. 2002. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Parodontopathies_recos.pdf

²⁴ BOURGEOIS D, BAEHNI P. Surveillance, épidémiologie et maladies parodontales. Encycl Med Chir. Paris: Elsevier SAS, 2002. 6p. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/268177127_Surveillance_epidemiologie_et_maladies_parodontales

maladie la plus répandue dans le monde, avec 1,07 milliards de cas en 2021²⁵. Depuis 1990, une augmentation de la prévalence a été enregistrée, principalement en raison de la croissance démographique et du vieillissement des populations²⁶. La prévalence normalisée* selon l'âge de la parodontite sévère a été estimée à 9,6 % dans l'étude GBD 2019²³.

En France, une enquête nationale sur la santé parodontale des adultes a été menée en 2002-2003 sur un échantillon de 2144 adultes âgés de 35 à 64 ans. Elle a retrouvé les mêmes niveaux de prévalence normalisée* par âge que dans l'étude GBD 2019. Les résultats indiquent que 82 et 95 % des adultes auraient besoin d'un traitement simple ou complexe^{27 28}.

Enfin, une récente étude permettant d'évaluer la prévalence de la parodontite sévère chez l'adulte (18-69 ans) à partir de la cohorte CONSTANCES, suggère que la prévalence pondérée* de la parodontite sévère était de 31,6 %²⁹.

***La prévalence normalisée et la prévalence pondérée**

La prévalence normalisée, également appelée prévalence standardisée, est une méthode utilisée pour comparer la prévalence d'une condition ou d'une maladie entre différentes populations en éliminant l'effet des différences dans la structure démographique de ces populations.

La prévalence pondérée est une mesure qui prend en compte les poids attribués à différents sous-groupes des populations pour refléter plus précisément la structure de la population totale.

Ces mesures garantissent ainsi que les résultats soient interprétés de manière juste et pertinente.

Édentement

La perte de dents résulte d'un cumul d'atteintes carieuses, parodontales et/ou traumatiques qui n'ont pas pu être traitées, ainsi vieillissement et édentement sont étroitement liées. Une étude nationale menée auprès de 20 000 personnes de plus de 50 ans, en 2017, par le système de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO (secteur privé) dans des centres de prévention « Bien Vieillir », indiquait que 55 % des personnes âgées de plus de 75 ans portaient 1 ou 2 prothèses amovibles pour remplacer des dents absentes³⁰. En 2015, La France comptait 1,8 millions d'édentés totaux chez les personnes de plus de 65 ans, soit 16,3 % de cette classe d'âge¹⁷. On estime que le nombre de patients édentés devrait se porter à presque 3 millions en 2045 du fait de l'évolution démographique des populations vivant en France.

²⁵ INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). (2020). GBD 2019. Cause and Risk Summary: Periodontal Diseases – Level 4 cause. Disponible sur : <https://www.healthdata.org/research-analysis/diseases-injuries-risks/factsheets/2021-periodontal-diseases-level-4-disease>

²⁶ CHEN MX, ZHONG Y J, DONG QQ, WONG HM, WEN Y.F. (2021). Global, regional, and national burden of severe periodontitis, 1990-2019: An analysis of the global burden of disease study 2019. *Journal of Clinical Periodontology*, 48(9), 1165–1188.

²⁷ BOURGEOIS D, BOUCHARD P, MATTOUT C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. *J Periodontol*. 2007 Jun;42(3):219-27. doi: 10.1111/j.1600-0765.2006.00936.x. PMID: 17451541.

²⁸ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Rapport d'évaluation technologique. Évaluation du détartrage-surfacage radiculaire (assainissement parodontal) dans le traitement des parodontites. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-12/ac_2018_0062_assainissement_parodontal_cd_2018_12_19_vd.pdf

²⁹ WIERNIK E, RENUY A, KAB S, STEG PG, GOLDBERG M, ZINS M, CALIGIURI G, BOUCHARD P, CARRA MC. Prevalence of self-reported severe periodontitis: Data from the population-based CONSTANCES cohort. *J Clin Periodontol*. 2024 Jul;51(7):884-894. doi: 10.1111/jcpe.13969.

³⁰ AGIRC-ARRCO. Étude nationale 2018 bien vieillir : les déterminants de la santé bucco-dentaire en partenariat avec la CNAV. Retraite complémentaire AGIRC-ARRCO, 2018. 117 P. Disponible sur : <http://gerontopolesud.fr/sites/default/files/%C3%89tude%20nationale%20CPBVA%20Light%20MeL.pdf>

Cancers lèvres – bouche – pharynx en France

Les cancers de la cavité buccale font partie des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Ce sont les cancers les plus fréquents des VADS (25 à 40 %).

Les facteurs de risques de ces cancers sont liés à l'âge ou à l'histoire familiale, mais surtout aux habitudes de vie, elles même influencées par les déterminants socio-environnementaux. Près de la moitié des cancers pourraient être prévenus en agissant sur les facteurs de risques externes comme la consommation de tabac et/ou d'alcool. Les femmes sont exposées à ces facteurs de risque de manière croissante d'autant que leur consommation en tabac et alcool est en augmentation sur les 20 dernières années. Chez un individu qui boit et qui fume, le risque de cancer des VADS est 15 fois plus élevé. La sensibilisation aux facteurs de risques, la prévention primaire par l'élimination de la consommation de tabac et la modération de la consommation d'alcool sont essentielles pour réduire l'incidence de ces cancers ^{31 32 33}.

En France métropolitaine en 2018, 4 677 nouveaux cas de cancers de la cavité buccale ont été estimés, dont 66 % chez l'homme. Chez ces derniers, le taux d'incidence standardisé monde (TSM) du cancer de l'ensemble lèvres-bouche-pharynx a baissé de 2,6 % (VAM) par an sur la période 1990-2023. Chez la femme, le TSM a augmenté de 1,7 % pour la même période et pour ces trois localisations. Le taux de survie à 5 ans n'est que de 50 % ce d'autant que dans 70% des cas, ils sont diagnostiqués trop tardivement. L'âge moyen de détection de ces cancers étant de 62 ans ^{31,32}. (Les taux sont exprimés en nombre de cas pour 100 000 personnes années (PA) et standardisés sur l'âge (taux standardisé monde : TSM), en utilisant comme référence la structure d'âge de la population mondiale. Les tendances des TSM sont résumées par leurs variations annuelles moyennes en pourcentage (VAM) sur les périodes 1990-2023 et 2010-2023.)

Papillomavirus (HPV)

Les HPV sont des virus humains appelés papillomavirus. Il existe près de 200 types de HPV dont certains sont à l'origine de lésions précancéreuses et de cancers ; 80 % des femmes et des hommes sont exposés à ces virus au cours de leur vie. Les infections à HPV disparaissent généralement en quelques mois, mais une petite proportion peut persister et évoluer en maladie. Si les femmes sont les principales victimes de ces cancers (2 900 cancers concernent le col de l'utérus), plus d'un quart d'entre eux atteint les hommes. Il s'agit plus spécifiquement des cancers de l'oropharynx (1 060 cas incidents), de l'anus (360 cas incidents), de la cavité orale, du larynx et du pénis (plus de 300 cas incidents pour ces 3 localisations) ^{34,35}. Grâce à la vaccination, recommandée dès 11 ans, il est possible de prévenir jusqu'à 90 % des infections par HPV à l'origine des cancers³⁶. En France, la couverture vaccinale demeure insuffisante. Pourtant, cette

³¹ CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER LÉON BERARD. Cancer de la cavité buccale (orale) disponible sur : <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/cancers/cancer-de-la-cavite-buccale-orale/>

³² INSTITUT NATIONAL DU CANCER. Panorama des cancers en France. Édition 2024. Disponible sur : <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/media/downloadable-files/2024-09/Panorama%20des%20cancers%202024.pdf>

³³ THE LANCET ONCOLOGY. Prioritising oral health in cancer care. Lancet Oncol. 2025 Jan;26(1):1. doi: 10.1016/S1470-2045(24)00724-1.

³⁴ HARTWIG S, BALDAUF JJ, DOMINIAK-FELDEN G, SIMONDON F, ALEMANY L, DE SANJOSE D, CASTELLSAGUE X. Estimation of the epidemiological burden of HPV-related anogenital cancers, precancerous lesions, and genital warts in women and men in Europe: Potential additional benefit of a nine-valent second generation HPV vaccine compared to first generation HPV vaccines, Papillomavirus Research. 2015(1):90-100. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405852115000099>

³⁵ SHIELD KD, MARANT MICALLEF C, DE MARTEL C, HEARD I, MEGRAUD F, PLUMMER M, VIGNAT J, BRAY F, SOERJOMATARAM I. New cancer cases in France in 2015 attributable to infectious agents: a systematic review and meta-analysis. Eur J Epidemiol. 2018 Mar;33(3):263-274. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/321632048_New_cancer_cases_in_France_in_2015_attributable_to_infectious_agents_a_systematic_review_and_meta-analysis

³⁶ AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ (ANSM). Quelle est l'efficacité des vaccins HPV ? Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/vaccins-contre-les-infections-a-papillomavirus-humains-hpv/quelle-est-lefficacite-des-vaccins-hpv?>

vaccination, sûre et efficace, permet de protéger les enfants pour qu'à l'âge adulte, ils ne se développent pas, chez eux, de lésions précancéreuses et de cancers liés aux infections HPV^{34,36}.

Traumatismes dentaires

Les traumatismes bucco-dentaires sont une affection répandue, mais souvent négligée, définie comme résultant d'un choc sur les dents et/ou d'autres tissus durs et mous situés à l'intérieur ou autour de la bouche et de la cavité buccale. En l'absence de données de surveillance, on estime qu'environ 1 milliard de personnes sont touchées dans le monde. La prévalence étant d'environ 20 % chez les enfants âgés de moins de 12 ans. Ces traumatismes peuvent résulter de facteurs bucco-dentaires, comme un mauvais alignement des dents, et de facteurs environnementaux (par exemple des aires de jeu mal sécurisées, des comportements à risques, des accidents de la route et des actes de violence³⁷) Le traitement est long et coûteux et peut parfois entraîner la perte de dents, avec pour conséquences des complications affectant le développement facial et psychologique, ainsi que la qualité de vie³. En France, selon une étude réalisée en 1995, la prévalence des traumatismes dentaires serait de 13,6 % pour un âge compris entre 6 et 15 ans³⁸. Les périodes les plus vulnérables aux traumatismes bucco-dentaires surviennent pendant l'enfance et l'adolescence. Ces traumatismes surviennent fréquemment chez les enfants et les jeunes adultes, représentant 5 % des toutes les blessures. L'incidence des traumatismes dentaires chez les garçons est plus élevée à presque tous les âges, comparativement aux filles³⁹. Il faut noter que 25 % des écoliers ont subi un traumatisme dentaire, et 33 % de adultes ont été victimes d'un traumatisme en denture définitive. La grande majorité des blessures surviendrait avant l'âge de 19 ans et affecterait plus fréquemment les dents définitives. Au niveau des dents déciduales (dites « dents de lait »), le traumatisme le plus fréquent serait la luxation tandis qu'en denture définitive, les fractures coronaires seraient les plus observées^{40 41}.

Bruxisme et para fonctions

Entre 5 et 8 % de la population générale présenterait un bruxisme (grincement des dents) ou des para fonctions (activités musculaires ou fonctionnelles réalisées par la mâchoire, les dents, ou les muscles associés, qui ne font pas partie des fonctions normales ou physiologiques). Chez les enfants, le bruxisme aurait une prévalence d'environ 30 % chez les plus jeunes et baisserait avec l'âge pour atteindre 15 % à l'adolescence. Entre 30 et 40 ans, la prévalence serait de 20 %. Elle diminuerait avec l'âge (3 % chez les plus de 60 ans)^{42 43}.

³⁷ ONCD. Violences conjugales : un guide d'aide au signalement pour les praticiens. Disponible sur : [Violences conjugales : un guide d'aide au signalement pour les praticiens - Ordre National des Chirugiens-Dentistes](#)

³⁸ DELATTRE JP, RESMOND-RICHARD F, ALLANCHE C, PERRIN M, MICHEL JF, LE BERRE A. Dental injuries among schoolchildren aged from 6 to 15, in Rennes (France). *Endod Dent Traumatol*. 1995 Aug;11(4):186-8. doi: 10.1111/j.1600-9657.1995.tb00485.x.

³⁹ LAM R. Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: a review of the literature. *Aust Dent J*. 2016 Mar;61 Suppl 1:4-20. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/adj.12395>

⁴⁰ LEVIN L, DAY PF, HICKS L, O'CONNELL A, FOUAD AF, BOURGUIGNON C et al. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: General introduction. *Dent Traumatol*. 2020;36(4):309-13. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/edt.12574>

⁴¹ COLLÈGE DES ENSEIGNANTS EN ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE, MULLER-BOLLA M. Guide d'odontologie pédiatrique: la clinique par la preuve. 2ème édition. CDP; 2018

⁴² OMARJEE R. Le Bruxisme du sommeil. 2006. 140p. Thèse d'exercice : odontologie : Université de Bordeaux 2-Victor Segalen

⁴³ SAULE P., CARRA MC., LALUQUE JF. et al. Comprendre le bruxisme chez l'enfant et l'adolescent. *International Orthodontics*. 2015, 13. p. 489-506. Disponible sur :

https://www.researchgate.net/publication/283220352_Understanding_bruXism_in_children_and_adolescents

En résumé :

- des données anciennes, à réactualiser, nécessitant la conduite d'études régulières,
- des données qui confirment la prévalence élevée des maladies buccodentaires,
- des besoins de santé variables selon l'âge et la situation socio-démographique,
- des besoins de prévention primaire et secondaire importants.

C. Des inégalités sociales de santé renforcées par les difficultés d'accès aux soins et à la prévention

État buccodentaire des enfants et des adolescents

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié plusieurs études sur l'état de santé buccodentaire des enfants et des adolescents en France, mettant en évidence des disparités sociales importantes. Par exemple, dès la grande section de maternelle, 30 % des enfants d'ouvriers ont au moins une dent cariée, contre 8 % des enfants de cadres. Ces écarts sont associés à des différences d'habitudes de vie comme par exemple, le brossage régulier des dents qui est plus fréquent chez les enfants de cadres (60 %) que chez les enfants d'ouvriers (47 %) ^{44 45}. Les enfants issus de milieux moins favorisés consultent aussi moins souvent les chirurgiens-dentistes pour des visites de contrôle, ce qui limite la détection précoce et la prévention des problèmes bucco-dentaires ⁴⁶. Ces écarts d'accès aux dispositifs de soins et de prévention (comme le programme "MT Dents", offrant des consultations « gratuites » à différents âges) suivent un gradient social renforçant les inégalités ⁴⁷. En conséquence, ces enfants ont plus souvent besoin de traitements lourds et coûteux, pas toujours accessibles. Un état bucco-dentaire altéré a des répercussions sur la santé générale, globale, la qualité de vie, voire les capacités d'apprentissage à l'école ^{48 49}. (cf. pages 36 à 39 : le focus Mayotte et Guyane)

État buccodentaire des personnes « fragiles » (personnes malades, personnes présentant un handicap, personnes âgées et personnes présentant des troubles)

L'état buccodentaire des personnes « fragiles » : personnes malades, personnes présentant un handicap, personnes âgées, personnes présentant des troubles - troubles neurodéveloppementaux (autisme, Dys, TDAH, TDI), troubles psychiques, troubles mentaux - révèle des disparités importantes.

En effet, et même s'il existe des études locales ou régionales, l'estimation des besoins en soins dans ces populations reste difficile à évaluer au niveau national. Toutefois, toutes les enquêtes montrent que ces personnes rencontrent des difficultés d'accès aux soins et à la prévention

⁴⁴ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES. Les inégalités de santé bucco-dentaires. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/les-inegalites-de-sante-bucco-dentaires>

⁴⁵ CALVET L, MOISY M, avec la collaboration de CHARDON O, GONZALEZ L et GUIGNON N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. Études et Résultats, n°847, juillet 2013. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/sante-bucco-dentaire-des-enfants-des-inegalites-des-le-plus-0>

⁴⁶ DREES. Moins de caries, obésité stable : La santé des collégiens de 3e s'améliore mais pas sans inégalités. Consulté le 14.12.2024 sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/moins-de-caries-obesite-stable-la-sante-des-collegiens-de-3e-sameliore-mais>

⁴⁷ GUIGNOT C. M'T Dents : la participation progresse, les inégalités persistent - Univadis - 13 nov. 2024. Disponible sur : <https://www.univadis.fr/viewarticle/mt-dents-participation-progresse-%25C3%25A9galit%25C3%25A9s-2024a1000k5e?s1=news>

⁴⁸ KRAGT L, WOLVIUS EB, RAAT H, JADDOE VWV, ONGKOSUWITO EM. Social inequalities in children's oral health-related quality of life: the Generation R Study. Qual Life Res. 2017 Dec;26(12):3429-3437. Disponible sur : https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5681972/pdf/11136_2017_Article_1679.pdf

⁴⁹ SISCHO L, BRODER HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. J Dent Res. 2011 Nov;90(11):1264-70. doi: 10.1177/0022034511399918. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3318061/>

dentaires avec divers obstacles. Des obstacles d'ordre personnel liés aux comportements et représentations des patients sont identifiés comme :

- un défaut de compétence ou de disponibilité des professionnels ;
 - l'inaccessibilité et l'inadaptation des services de santé ;
 - une formation et une sensibilisation insuffisantes des aidants au sein des établissements médico-sociaux ;
 - des problèmes de solvabilité dans l'accès aux soins.
- Etc.

Il existe aussi des obstacles plus particuliers comme :

- le fait que les personnes vivent à domicile ou en établissement ;
- le type de maladie, trouble ou handicap ;
- les types de traitement et soins requis par les personnes ;
- les ruptures liées aux seuils d'âge et/ou à la précarité, etc...⁵⁰.

Dans ce contexte, la prévalence des maladies buccodentaires est plus élevée et plus sévère chez les personnes en situation de handicap chez lesquels se conjuguent, souvent, une ou plusieurs comorbidités, par rapport à la population générale. Dans ces populations, le taux d'édentement est également plus important^{14,51 52}.

État buccodentaire des personnes détenues dans les lieux de privation de libertés en France

L'état de santé bucco-dentaire des personnes détenues dans les lieux de privation de libertés français est préoccupant. D'autant qu'au 1^{er} janvier 2024, la France comptait 75 897 personnes dans ses établissements pénitentiaires dépassant le nombre de places disponibles, estimé à 61 767^{53 54}. Plusieurs études mettent en lumière une dégradation notable de la santé orale dans ces populations, où les soins dentaires représentent la principale demande de prise en charge somatique¹⁵. Près des trois quarts des personnes détenues auraient besoin de soins dentaires en raison de caries et un tiers d'entre elles auraient besoin d'extractions dentaires¹⁵. Les problèmes bucco-dentaires sont exacerbés par la présence de facteurs comme le tabagisme, les déséquilibres alimentaires, le stress et la consommation de substances psychoactives et de médicaments qui augmentent les risques de dégradation dentaire et parodontale. Ces besoins se conjuguent avec des défis particuliers pour assurer la continuité des soins et en particulier les

⁵⁰ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Audition Publique « Accès aux soins des personnes en situation de handicap ». Texte des experts. Tome 1. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2008: 69-92. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-01/audition_publicque_acces_soins_personnes_handicap_22_23102008.pdf

⁵¹ BRACCONI M, MICHAULT A, REY-QUINIO C, HVOSTOFF C. Suivi bucco-dentaire des personnes handicapées : étude transversale descriptive en établissements sociaux et médico-sociaux [Dental care of disabled people: Descriptive cross-sectional study of social and medico-social establishments]. Sante Publique. 2023 Dec 1;35(HS1):17-28. French. doi: 10.3917/spub.hs1.2023.0017. Disponible sur : https://crmh.centredoc.fr/doc_num.php?explnum_id=285

⁵² WILSON NJ, LIN Z, VILLAROSA A, LEWIS P, PHILIP P, SUMAR B, and al. Countering the poor oral health of people with intellectual and developmental disability: a scoping literature review. BMC Public Health. 2019 Nov 15;19(1):1530. Disponible sur : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7863-1>

⁵³ FICHE-PAYS 2024 de Prison Insider France : les prisons 2024. Consulté le 15.12.2024 sur : <https://www.prison-insider.com/fichepays/france-2024>

⁵⁴ MINISTÈRE DE LA JUSTICE. Statistiques des établissements et des personnes écrouées en France. Disponible sur : https://www.justice.gouv.fr/sites/default/files/2024-01/statistiques_etablissements_20240101.pdf

réhabilitations bucco-dentaires en milieu carcéral, en lien avec un manque chronique de personnels soignants dans les prisons françaises ou de matériel de soins adéquat^{55 56}.

État buccodentaire des séniors

Avec 14,2 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus, soit environ 21 % de la population totale, la santé orale des seniors est un défi important d'autant plus que ce groupe démographique est en augmentation constante par un vieillissement accéléré des populations vivant en France⁵⁷. Le Baromètre santé 2014 a montré que les problèmes dentaires au cours de l'année en question avaient augmenté de façon linéaire avec l'âge, passant de 29,6 % parmi les 15-24 ans à 47,9 % chez les 65-75 ans^{17 58}. Ceux-ci sont moins fréquents parmi les personnes se brossant les dents 2 fois par jour. En revanche, ils sont plus présents chez les personnes atteintes de maladies chroniques (48,1 % vs 37,8 %) et les personnes ayant déclaré un état dépressif (49,7 % vs 38,8 %). De façon générale, les femmes consultent plus fréquemment que les hommes et les visites annuelles diminuent sensiblement avec l'âge⁵⁹. Les séniors disent consulter en cas de problème dentaire (gêne, douleur, urgence) ou pour un suivi de traitement et la fréquentation des cabinets dentaires varie selon la situation sociale.

Bien que couverts par l'assurance maladie, une mutuelle/assurance complémentaire ou la CSS/C2S, de nombreux seniors renoncent aux soins dentaires en raison de leur coût réel ou supposé. Cela est particulièrement vrai après l'arrêt de l'activité professionnelle. Environ 15 % des personnes (15-75 ans) ont déclaré avoir dû renoncer à des soins dentaires pour raisons financières au cours des douze derniers mois (avant la réforme du reste à charge zéro – RAC 0). Ce renoncement est associé à la situation financière des personnes, au renoncement pour d'autres types de soins (lunettes, consultation de médecin...) à l'éloignement des services de santé (difficultés de transport) mais aussi à l'état de santé (maladies chroniques, épisode dépressif dans l'année, tabagisme régulier, dépendance à l'alcool⁵⁸).

L'édentement total correspond au stade final d'évolution des maladies bucco-dentaires, avec un risque majeur pour l'espérance de vie et la santé s'il n'est pas compensé par des prothèses. En 2015, le taux d'édentés totaux était de 16 % pour les personnes de plus de 65 ans. En 1997, le taux d'édentement total atteignait 37 % chez les 64 à 74 ans ayant un niveau socio-économique faible, avec un remplacement des dents absentes réalisé principalement par des prothèses amovibles en résine. Ces dernières ne permettant pas toujours une fonction masticatoire adéquate. A l'inverse, ce type de réhabilitation concernait seulement 5 % de ceux ayant un niveau socio-économique élevé.

Dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, les études montrent que 50 à 96 % des résidents auraient besoin de soins et notamment de prothèses adaptées. Avec 75 % des résidents ayant un état de santé bucco-dentaire dégradé, les impacts sont majeurs en termes de nutrition,

⁵⁵ GEORGES M. Exercice de la profession de chirurgien-dentiste en milieu carcéral : enquête menée dans les établissements pénitentiaires français. 2017. 163p. Thèse d'exercice : odontologie : Université de Lorraine. Disponible sur : https://www.researchgate.net/profile/Marjorie-Georges/publication/329267185_Exercice_de_la_profession_de_chirurgien-dentiste_en_milieu_carceral_enquete_menee_dans_les_etablissements_penitentiaires_francais/links/5c6c5deba6fdcc404ebee47c/Exercice-de-la-profession-de-chirurgien-dentiste-en-milieu-carceral-enquete-menee-dans-les-etablissements-penitentiaires-francais.pdf

⁵⁶ Observatoire international des prisons (OIP). Rapport – La santé incarcérée. Rapport d'enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison. Juillet 2022. Disponible sur : <https://oip.org/wp-content/uploads/2022/07/oip-rapport-soinsspe-07-2022-planches.pdf>

⁵⁷ INSEE. Population par sexe et groupe d'âges en 2024 : effectifs. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>

⁵⁸ MÉNARD C, GRIZEAU-CLEMENS D, WEMAERE J. Santé bucco-dentaire des adultes. Évolutions, 35, mars 2016. Baromètre Santé 2014. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/119642/file/152093_1711.pdf

⁵⁹ Équipe régionale vieillissement et maintien de l'autonomie (ERVMA). La santé bucco-dentaire chez les séniors. Disponible sur : <https://www.chu-tours.fr/vieillissement/wp-content/uploads/sites/11/2024/05/ERVMA-2024-fiche-pratique-sante-bucco-dentaire.pdf>

de risques pour la santé et d'altération de la qualité de vie^{60 61 62 63}. Or, seulement 10 et 20 % des établissements sanitaires et médico sociaux proposeraient une visite initiale par un chirurgien-dentiste. Il en résulte que 42 % des résidents n'ont pas bénéficié de consultation dentaire depuis 5 ans ou plus et que 75 % des résidents ont un état bucco-dentaire dégradé. Pour finir, seuls 25% des personnes âgées iraient consulter un chirurgien-dentiste chaque année⁶⁴.

État buccodentaire des adultes en situation de précarité

Les populations précaires sont particulièrement exposées aux maladies bucco-dentaires en raison des déterminants économiques, sociaux, et environnementaux. Ainsi, environ 40 % des adultes en situation de précarité souffriraient de caries non soignées contre 15 % dans la population générale. Les maladies parodontales touchent particulièrement ces populations, en lien avec une hygiène bucco-dentaire inadéquate. Le taux d'édentement complet est 3 fois plus élevé chez les personnes précaires âgées de plus de 60 ans. Un accès limité aux soins dentaires vient renforcer ces inégalités. On note que 20 % des adultes en situation de précarité n'ont pas consulté de chirurgien-dentiste au cours des 5 dernières années^{65 66 67}.

Les freins à l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité sont multiples et se manifestent à différents niveaux, en amont, au sein du système de santé et en aval de celui-ci. En amont, les perceptions variées vis-à-vis des soins dentaires, telles que les préoccupations financières, la peur et les expériences passées, influencent souvent les comportements des patients^{68 69 70}. Ces perceptions peuvent parfois conduire à des pratiques d'automédication jusqu'à ce que les symptômes, comme la douleur, deviennent trop intenses, incitant alors à une demande de prise en charge professionnelle en « urgence ». En aval, sont pointées les difficultés administratives, financières, d'accessibilité ou d'organisation du système de soins qui vient renforcer cette dynamique d'exclusion. L'accès et le maintien dans le système de santé sont d'autant plus difficiles pour les personnes en situation de précarité, avec un cumul d'inégalités particulièrement marqué dans le domaine bucco-dentaire.

⁶⁰ BERNARD M-F. Soins d'hygiène bucco-dentaire aux personnes âgées et dépendantes. Rueil Malmaison : Lamarre (Editions), 2016. 164 P

⁶¹ BERTRAND MF, MACQUERON N, LALARD P, LUPI L. Hiérarchiser les facteurs de risque de dégradation de la santé orale des personnes âgées dépendantes en EHPAD. La revue de Gériatrie, 2015, 40(5). P 261-270.

⁶² MANGENEY K, BARTHELEMY H, VOGEL T, RAPPIN B, SOKOLAKIS S, LANG P-O. La santé buccodentaire en Ehpad : état des lieux et suivi des recommandations de soins, NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 2017, 17(98):93-99.
<https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.04.003>.

⁶³ DE MARCH P. Statut dentaire et mortalité en EHPAD – entretien avec Dr P. BAUDOT. Inf dent, 2022, 11. P 4-6.
<https://www.information-dentaire.fr/actualites/statut-dentaire-et-mortalite-en-ehpad/>

⁶⁴ OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ. Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives. Paris : rapport de l'ONDPS, 2021. 144 P. P40 et 73 consultées. Disponible sur :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

⁶⁵ TUBERT-JEANNIN S, RIORDAN PJ, MOREL-PAPERNOT A, ROLAND M. Dental status and oral health quality of life in economically disadvantaged French adults. Spec Care Dentist. 2004 Sep-Oct;24(5):264-9. doi: 10.1111/j.1754-4505.2004.tb01704.x. PMID: 15552345.

⁶⁶ OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE LA MISSION FRANCE – Direction des Missions France et Médecins du Monde. Disponible sur : https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-06/MdM_observatoire_de_l_acces_aux_soins_rapport.pdf

⁶⁷ DREES. L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales (2022). Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/letat-de-sante-de-la-population-en>

⁶⁸ MARCHANDOT L. Santé bucco-dentaire et grande pauvreté : recueil des perceptions, représentations, constats et préconisations de personnes en situation de grande pauvreté en lien avec ATD Quart Monde. 2014. 228 p. Thèse d'exercice : odontologie : Université de Lorraine. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297640v1/document>

⁶⁹ CHAUPAIN-GUILLOT S, GUILLOT O, JANKELIOWITCH-LAVAL E. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. Économie et Statistiques N°469-470. 2014. P169-197. Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2122367/ES469H.pdf>

⁷⁰ HUMPHRIS G, CRAWFORD JR, HILL K, GILBERT A, FREEMAN R. UK population norms for the modified dental anxiety scale with percentile calculator: adult dental health survey 2009 results. BMC Oral Health. 2013 Jun 24;13:29. doi: 10.1186/1472-6831-13-29.

État buccodentaire dans les départements et régions d'outre-mer

Dans les territoires d'outre-mer, les problématiques évoquées précédemment sont exacerbées, du fait d'un contexte particulier lié à certains facteurs de risque fortement marqués comme une consommation élevée de sucre et des difficultés accrues d'accès aux services de santé. La démographie professionnelle est particulièrement défavorable dans ces territoires. Dans cette situation, les enfants sont particulièrement touchés par les caries dentaires, avec des taux significativement plus élevés que dans l'hexagone⁷¹. Cette problématique spécifique est développée plus largement dans le chapitre consacré aux outre-mers plus loin dans cet exposé. Pour autant, le champ couvert dans ce présent rapport n'inclut pas l'intégralité des territoires et seuls les collectivités territoriales de Guyane et de Mayotte ont pu être explorés (cf. pages 36 à 39 : le focus Mayotte et Guyane).

Des analyses sociologiques pour compléter les données épidémiologiques

Des analyses sociologiques et comportementales seraient à croiser avec les données épidémiologiques disponibles. À souligner l'initiative de l'Institut inter-régions de la santé orale (IIRSO)⁷² dont les travaux publiés en 2017 seraient à poursuivre.

En résumé :

- certaines populations sont particulièrement exposées aux maladies bucco-dentaires avec des affections dentaires plus fréquentes et plus sévères,
- la vulnérabilité en santé orale peut se définir selon l'âge (jeunes enfants, seniors), l'état de santé (malades chroniques, handicap), la situation sociale (exclusion), l'origine géographique ou selon les lieux de vie,
- la vulnérabilité en santé orale amène à des besoins en soins/prévention bucco-dentaires spécifiques,
- les inégalités sociales en santé orale sont aggravées par des difficultés d'accès aux soins associés,
- les impacts des maladies buccales non traitées sont graves pour la santé et la qualité de vie des personnes.

II. Le système de soins dentaires français

A. Financement des soins dentaires en France

L'OMS a fixé un cap en termes d'accès aux soins pour tous dans le domaine des soins dentaires en considérant que l'ensemble des populations doit pouvoir avoir accès à un panier de services de santé orale essentiels, sans reste à charge excessif mettant en danger leur accessibilité^{73 74}. Le système de financement des soins dentaires en France va dans ce sens si nous le comparons à celui d'autres pays européens où la prise en charge des soins dentaires est moins favorable. Il n'en reste pas moins que les soins dentaires restent le domaine de santé qui pose le plus de problème financier aux patients avec des restes à charge encore élevés pour certains traitements ou pour certaines populations.

⁷¹ GUIGNON N, NIEL X. Les disparités régionales de l'état de santé des enfants de 5 à 6 ans. Bull Epidemiol Hebdo 2003;39:181-4.

⁷² IIRSO – Panorama des enquêtes régionales 2017-2020. Disponible sur : <https://www.urpscdlb.bzh/wp-content/uploads/2021/03/Synthese-IIRSO-finale-mars-2021.pdf>

⁷³ OMS. FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE. Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action. Geneva: World Health Organization, 2021. 114 P. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351687>

⁷⁴ OMS. Global Competency and Outcomes Framework for Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization, 2022. 95 P. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352711/9789240034662-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

La couverture médicale des populations

En France, tous les résidents légaux peuvent bénéficier de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) financée par les cotisations sociales liées au travail et, dans une moindre mesure, par l'impôt. Il existe un régime public de couverture médicale pour les personnes qui résident en France depuis au moins 3 mois sous certaines conditions (AME). Dans la plupart des cas, l'AMO couvre 60-70 % des frais médicaux, sauf pour les patients souffrant d'une maladie chronique reconnue (ALD), pour lesquels la couverture est de 100 %⁷⁵. Environ 95 % de la population française contracte une Assurance maladie complémentaire (AMC) qui couvre les 30-40 % restants non remboursés par l'AMO. La moitié des personnes bénéficiant d'une AMC sont couvertes par des contrats collectifs fournis par l'employeur. En outre, un régime public d'assurance maladie complémentaire (appelé CSS pour Complémentaire Santé Solidaire - ex CMU (Couverture Médicale Universelle)) est proposé aux personnes dont le revenu annuel est inférieur à un plafond de ressources. La CSS assure alors une couverture à 100 % de certains frais médicaux. Des plafonds de ressources conditionnent l'accès total ou avec participation financière à ce dispositif. Il faut noter que 3 millions de personnes ne bénéficiaient pas d'une assurance complémentaire santé, ni de la solidarité nationale (CSS et AME) en 2022⁷⁶, ce qui représente près de 5 % de la population.

Ainsi, les personnes les plus en difficultés pour accéder aux soins dentaires sont celles qui se trouvent juste au-dessus des seuils sociaux d'éligibilité à la couverture complémentaire santé solidaire (CSS) ou qui n'accèdent pas à ce droit. Les plus impactés par la non-couverture par une assurance complémentaire ou CSS sont les chômeurs, étudiants⁷⁷ et les travailleurs indépendants. Ces personnes ont du mal à financer une complémentaire santé non solidaire (revenu au-dessus de 1 145 euros par mois). En l'absence de complémentaire santé, il existe un alourdissement du reste à charge et un risque majeur de renoncement aux soins bucco-dentaires. Les personnes retraitées les plus modestes, qui font face à des primes élevées d'assurance au regard de leurs ressources, sont également particulièrement concernées par l'absence de couverture.⁷⁶

Le niveau de prise en charge des soins dentaires

Les 3 paniers de soins prothétiques du 100 % santé :

- le panier 100 % Santé (reste à charge 0) : dans ce panier, les couronnes, les bridges et certaines prothèses amovibles sont intégralement remboursés si les patients bénéficient d'un contrat d'assurance complémentaire dit « contrat responsable » (95% des contrats en France) ;
- le panier aux tarifs maîtrisés (reste à charge modéré) : dans ce panier, les prix des couronnes, bridges et prothèses amovibles de type métallique sont plafonnés. Selon les conditions du contrat d'assurance complémentaire du patient, il peut y avoir un reste à charge, mais modéré ;
- le panier aux tarifs libres : dans ce panier, le reste à charge peut être plus important pour le patient, selon les dispositions de son contrat d'assurance complémentaire.

⁷⁵ COMETZ R, PIERRE A. Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée. DREES, Etudes et Résultats, 2022, 1251. 8 P. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/ER1251.pdf>

⁷⁶ IRDES. L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS). PIERRE A. (IRDES), avec la collaboration de ROCHEREAU T. (IRDES). Questions d'économie de la santé n° 268 - Mai 2022. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/2022/qes-268-l-absence-de-couverture-par-une-complementaire-sante-en-france-en-2019.html>

⁷⁷ DREES. La complémentaire santé : acteurs bénéficiaires, garanties— Panorama, 2024. 263 P. (p17). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-09/CS2024MAJ040924.pdf>

Il existe aussi un dispositif CSS (Complémentaire santé solidaire) permettant aux personnes à faibles revenus de bénéficier d'une complémentaire santé avec une liste d'actes prothétiques et tarifs associés spécifiques. En complément de ces dispositifs, des aides exceptionnelles peuvent être délivrées sur dossier dans le cadre d'évènements exceptionnels de la vie (maladie telle que les cancers, difficulté financière...) par des commissions au sein des Caisses primaires d'assurances maladie (aide financière individuelle)⁷⁸.

Le système français de soins bucco-dentaires repose sur la fourniture de traitements dentaires curatifs dispensés par des chirurgiens-dentistes et pris en charge dans le cadre d'un modèle de tarification à l'acte. Tous les 5 ans, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des organismes complémentaires de santé (UNOCAM) négocient avec les syndicats des chirurgiens-dentistes représentatifs au sens de la loi, en lien avec l'état, pour établir la liste des actes de soins éligibles au remboursement, leur valeur financière et le niveau de couverture assuré par les organismes AMO/AMC/CSS.

Pour les consultations de chirurgie-dentaire, les radiographies dentaires, les traitements de restauration des dents ou les soins dentaires chirurgicaux, les chirurgiens-dentistes doivent appliquer des tarifs fixes pris en charge à hauteur de 60 % (depuis octobre 2023) par l'AMO. Pour d'autres traitements tels que les prothèses ou l'orthodontie, les chirurgiens-dentistes sont autorisés à facturer un prix supérieur aux tarifs de base. À noter, il existe : une liste spécifique de tarifs fixes et de plafonds de prix appliqués aux patients bénéficiaires de la CSS pour les traitements essentiels de prothèse ou d'orthodontie (< 16 ans).

Récemment, des changements majeurs ont été apportés au système de prise en charge des soins dentaires en France. Tout d'abord, différentes assurances publiques complémentaires (CMU, ACS) ont été fusionnées pour créer un type unique de couverture soit la CSS en 2019.

En 2018, les organismes AMO/AMC et les syndicats de chirurgiens-dentistes sont parvenus à un accord pour la mise en place du « 100 % Santé »⁷⁹. Ce dispositif se caractérise par une couverture plus complète de traitements prothétiques avec un plafonnement des prix pour certains traitements de prothèse dentaire et une couverture harmonisée de la part des organismes d'AMO dans le cadre de contrats dits « responsables ». Dans ce cadre, les patients se voient proposer des solutions prothétiques sans reste à charge (« RAC zéro ») ou avec un reste à charge limité (« RAC modéré »). Ces mesures restrictives imposées aux chirurgiens-dentistes ont été associées à une augmentation progressive des tarifs fixes pour les traitements de restauration, d'endodontie (traitement des maladies de l'intérieur de la dent) ou de chirurgie dentaire (extractions). Certains traitements préventifs ont été étendus et revalorisés et la prise en charge des traitements parodontaux d'assainissement a été mise en place pour les patients atteints de certaines maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et certaines maladies auto-immunes. La réforme « 100 % santé » a été mise en œuvre progressivement entre 2019 et 2023. Ainsi globalement en 2023, le taux de couverture des soins dentaires était de 39,3 % par l'assurance maladie, de 43,9 % par les organismes complémentaires, 0,2 % par l'état et 16,6 % à la charge des ménages⁸⁰. La réforme du « 100 % Santé », financée principalement par les organismes complémentaires, a permis d'améliorer la prise en charge des soins prothétiques,

⁷⁸ ASSURANCE MALADIE. Aides financières individuelles : les modalités pour en bénéficier. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/aides-financieres-individuelles>

⁷⁹ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie. Arrêté du 20 août 2018. JORF n°195. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/449078/document/conv_chirurgiens_dentistes_jo_25_08_2018.pdf

⁸⁰ DREES. Les dépenses de santé en 2023 - Édition en 2024. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/CNS24.pdf>

domaine historiquement marqué par un reste à charge important avec un risque de renoncement aux soins. Les organismes complémentaires ont été les principaux financeurs de cette réforme¹³. La répartition du financement des soins dentaires entre l'assurance maladie obligatoire, les organismes complémentaires et les ménages, telle qu'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 dentaires courants bénéficient d'honoraires réglementés et sont, en règle générale, bien couverts (60 % AMO, 40 % AMC/CSS), exception faite pour les usagers sans complémentaire santé qui ne bénéficient pas de la solidarité nationale. En revanche, pour certains actes non pris en charge dans le cadre de l'AMO, comme l'implantologie et la parodontologie (chirurgie muco-gingivale par exemple), le remboursement est dépendant des assurances complémentaires des patients.

La prévention est une activité dont la prise en charge par l'assurance maladie (à 60 %) est limitée aux actes tels que le détartrage (2 fois par an), les visites annuelles pour les enfants/adolescents/adultes jeunes et les femmes enceintes, les scellements de sillon préventifs (avant 16 ans) et les applications de fluor (en 2024, 1-25 ans).

Point de vue des usagers :

Pour les actes « hors nomenclature » ou non remboursables par l'assurance maladie, comme l'implantologie et la parodontologie (chirurgie muco-gingivale par exemple), les frais sont entièrement à la charge des patients. Certaines exceptions existent pour les personnes atteintes de maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies auto-immunes pour la parodontologie, ainsi que les implants pour certaines maladies rares. Il est donc essentiel que les chirurgiens-dentistes proposent des devis détaillés pour ces actes, afin que les patients puissent anticiper et comprendre les coûts associés à leurs soins⁷⁹.

Les dépenses pour les soins dentaires

Selon la (DREES)⁸⁰, les dépenses totales pour soins dentaires étaient estimées en 2023 à 15 milliards d'euros, avec une croissance de 2,6 % par an. Il s'agit d'un rythme légèrement supérieur à celui observé avant la crise de la COVID (+ 2,5 % en moyenne par an entre 2013 et 2023).

Les dépenses de prothèses se sont stabilisées en 2023 par rapport à 2022 (+ 1,4 %) après une hausse importante en 2021 (+ 20,1 %) dû à un rattrapage de l'arrêt des soins en 2020 lors de la pandémie COVID) et à la montée en charge naturelle de la réforme du 100 % santé. Les dépenses de prothèses du panier sans reste à charge sont celles ayant le plus augmenté, + 32,7 % contre 18,5 % pour le panier « reste à charge modéré » et + 6,6 % pour le panier à tarif libre (comparatifs 2020-2021).

Les restes à charge représentent une part importante des honoraires des chirurgiens-dentistes même s'ils sont en baisse depuis une dizaine d'années.

Focus sur les restes à charges

Les restes à charge sont évalués par les pouvoirs publics via un indicateur nommé « Consommation de soins et de biens médicaux » (CSBM). Cet indicateur comprend les soins hospitaliers, les consultations médicales de ville, les bilans biologiques, les transports sanitaires, les médicaments et dispositifs médicaux et plus largement tout ce qui est remboursé par l'Assurance maladie ou les complémentaires santé. Toutefois, le CSBM ne prend pas en compte plusieurs dépenses et notamment certains frais de transport, équipements médicaux, l'accompagnement humain, les frais

de confort et socio-esthétiques, ou encore d'adaptation à l'environnement, non remboursés et/ou les actes dentaires « hors nomenclatures ». Ces restes à charge qui ne sont pas identifiés sont ainsi des coûts « invisibles », minimisant ainsi le montant réel du reste à charge des usagers du système de santé ⁸¹.

En 2023, la part des dépassements d'honoraires baisse de nouveau (- 0,4 point) et s'établit à 45,5 % de la dépense (par rapport à 2022). Sur 10 ans, le taux de dépassement a baissé de 1,4 points entre 2013 et 2023⁸⁰. L'évolution de la part du reste à charge (AMO + AMC) est passé de 29,4 à 16,6 en 2023 (- 7 points à partir de la mise en place du RAC 0)⁷⁴. La part des soins dentaires effectués en centres de santé a augmenté depuis 2013 à 2023 passant de 8,3 à 15,1 %⁸⁰.

La réforme 100 % Santé n'a pas fait, à ce stade, l'objet d'un suivi et d'une évaluation complète dans l'ensemble de ses dimensions sociale, économique et financière. Au plan social, si la réforme a permis d'améliorer l'accès financier aux soins en matière de prothèses dentaires, elle n'aurait, a priori, pas eu un effet majeur sur le nombre de personnes recourant aux soins, comme le souligne la Cour des comptes⁸².

Reste à charge et renoncement aux soins : un paradoxe français

En 2022, la France consacrait 170 euros en parité de pouvoir d'achat (PPA) par habitant aux dépenses de soins dentaires, soit plus que la moyenne de l'Union européenne à 27 (138 euros en PPA santé). Les dépenses de santé par habitant varient fortement selon les pays étudiés, de même que les taux de prise en charge par les régimes obligatoires publics et privés. Le reste à charge des ménages en France est de 15 %, tandis qu'il est de 34 % en moyenne dans l'Union européenne (UE-27), et même de 100 % en Grèce. La part des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires, publics et privés, est inférieure à 50 % dans la plupart des pays.

Pourtant, le renoncement aux soins dentaires en France apparaît plutôt élevé par rapport aux autres pays. Il aurait augmenté entre 2019 et 2022, malgré la mise en place du 100 % santé. Le coût est le premier motif avancé pour renoncer aux soins dentaires notamment pour les ménages les plus modestes. D'autres raisons sont à prendre en compte comme les délais pour un rendez-vous (10 %) ou la peur (8 %)⁸³.

⁸¹ FRANCE ASSOS SANTÉ. Enquête nationale sur les restes à charges invisibles. 12.09.2024 : Disponible sur : https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9_presse/enquete-exclusive-sur-les-couts-caches-de-la-sante-des-resultats-a-charge/

⁸² COUR DES COMPTES. La réforme du 100 % santé. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat. 2022. 73 P. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2022-07/20220728-100-pourcent-sante.pdf>

⁸³ DREES. Les dépenses de santé en 2022. Édition 2023. Comparaisons internationales des dépenses de soins dentaires. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-11/Fiche%2033%20-%20Comparaisons%20internationales%20des%20d%C3%A9penses%20de%20soins%20dentaires.pdf>

En résumé :

- les soins dentaires sont caractérisés par un reste à charge important pour les ménages, comparé aux autres domaines de la santé,
- en France, le reste à charge des ménages pour les soins dentaires est inférieur à la moyenne européenne,
- le renoncement aux soins dentaires reste pourtant élevé, même s'il n'est pas uniquement lié au seul aspect financier,
- les personnes qui ne bénéficient ni d'une complémentaire santé, ni de la solidarité nationale (CSS, AME) sont particulièrement vulnérables en termes de difficultés d'accès aux soins dentaires,
- le 100 % santé et la baisse du remboursement des soins dentaires de 70 à 60 % marquent un désengagement de l'État et de l'Assurance maladie,

Il convient d'être vigilant pour la prise en charge de la prévention et des soins dans le cadre du programme « génération sans carie » en particulier pour les personnes sans CSS et sans complémentaire santé

B. L'offre de soins dentaires (de services de santé buccodentaire)

La densité en chirurgiens-dentistes varie nettement en Europe selon les pays étudiés⁸³. En 2021, le nombre de chirurgiens-dentistes s'établissait, en moyenne, à 76 pour 100 000 habitants dans les pays de l'UE⁷⁷. En France, le nombre des chirurgiens-dentistes en activité était de 48 131 au 1^{er} janvier 2025, soit une densité de près de 71 pour 100 000 habitants⁸⁴, situant la France en dessous de la moyenne de l'UE-14. De manière générale, dans les pays scandinaves et en Allemagne, la densité est plus élevée avec, par exemple, 93 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants en Norvège⁸³. C'est sans compter dans de nombreux pays européens sur la présence d'hygiénistes dentaires pouvant intervenir en bouche pour certains actes dont des actes de prévention.

Les types d'exercices des chirurgiens-dentistes

Les chirurgiens-dentistes en France exercent majoritairement en libéral (82,3 %) et le salariat progresse. La profession se féminise (50,3 % de femmes)⁸⁴ et l'exercice en tant qu'omnipraticien est très majoritaire (94 %) par rapport à l'exercice spécialisé. La tendance est nettement au regroupement au profit de l'exercice en cabinets de groupe ou en centres de santé, désormais majoritaire (54 %). Le nombre de centres de santé dentaires a augmenté passant de 896 en 2020 à 1252 en 2023⁸⁵. Désormais près de 10 000 praticiens exercent à temps partiel ou à temps complet en centres de santé en comptant les chirurgiens-dentistes exerçant dans les quelques 300 centres de santé médicaux polyvalents. Ils représentent environ 19 % des chirurgiens-dentistes en exercice (tableau 1).

Tableau 1 : Effectifs 2023 des personnels odontologiques en centre de santé

	Effectifs	ETP – Équivalent Temps Plein
Chirurgien-dentiste	9066	6028
Assistant.e. dentaire	7864	7117
Stomatologue	105	55

⁸⁴ ONCD. Cartographie et données publiques. 2025, disponible sur : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>

⁸⁵ FNCS. Centres de santé : perspectives d'évolution du modèle économique 30.09.2024 - Disponible sur : <https://www.fnsc.org/centres-de-sante-perspective-s-d-evolution-du-modele-economique>

Source : Données extraites de l'Observatoire des Centres de santé – ATIH. Plateforme alimentée par les ARS pour l'immatriculation, la CNAM pour les données d'activité et les questionnaires pour leur rapport d'activité et justificatif de la rémunération forfaitaire conventionnelle.

La part des soins dentaires effectués en centres de santé a augmenté depuis 2013 à 2023 de 8,3 % à 15,1 %⁸⁰. À noter que le nombre d'odontologues hospitaliers (praticiens hospitaliers) est très limité soit environ 250 sur 45 000, hors enseignants hospitalo-Universitaires⁸⁶.

La formation des chirurgiens-dentistes

Pour devenir chirurgien-dentiste, 6 ans d'études à l'université après le baccalauréat sont nécessaires. Pour ceux qui souhaitent se spécialiser, le concours de l'internat en odontologie donne accès à 3 spécialités qui sont la chirurgie orale, l'orthopédie-dento-faciale ou la médecine bucco-dentaire, alors la durée des études peut s'étendre jusqu'à 8 voire 9 ans pour la chirurgie orale dont l'internat de 4 ans est commun avec les médecins^{87 88}.

Les étudiants accèdent aux études odontologiques via le système PASS/L.AS voire via des dispositifs de recrutement dits « passerelle ». Les études sont régies par des textes qui datent de 2011-2013 avec, actuellement, une réflexion autour d'une réforme des études pour le 2^{ème} et le 3^{ème} cycle.

La formation odontologique est réalisée dans une vingtaine de structures hospitalo-universitaires en France. Elle est caractérisée par une alternance de formation théorique, pratique (travaux pratiques sur simulateur) et clinique avec des stages d'externat en milieu hospitalier de la 4^{ème} à la 6^{ème} année (pendant lesquels les étudiants réalisent des soins dentaires sous supervision) et la réalisation d'un stage en milieu professionnel en 6^{ème} année (stage actif).

Le profil de compétence du diplômé européen définit les compétences qu'un jeune diplômé doit maîtriser à la fin de ses études. Dans l'Union européenne, il existe une libre circulation des étudiants, des diplômés et des patients. Ainsi près de 40 % des nouveaux inscrits à l'Ordre des chirurgiens-dentistes actuellement ont obtenu leur diplôme dans un pays européen.

Pour ces derniers, il faut noter, parfois, une disparité dans le contenu de la formation dispensée avec des lacunes ou l'absence d'apprentissages cliniques dans certains établissements. Une enquête menée en 2016 a observé qu'environ 10 % des étudiants auraient obtenu un diplôme européen sans avoir pratiqué aucun acte sur un patient. Cela soulève des inquiétudes quant à leur capacité réelle à exercer. Ces problématiques ont attiré l'attention de la profession et des autorités sanitaires qui cherchent des solutions pour garantir une qualité homogène des compétences requises⁸⁹.

La répartition géographique des chirurgiens-dentistes influence leur activité et la consommation de soins dentaires sur le territoire. Dans les régions où la densité est plus forte, la population souvent plus favorisée est plus fréquemment consommatrice de soins dentaires et les chirurgiens-dentistes ont une patientèle plus réduite, mais le nombre d'actes par patient est plus important⁶⁴. Les écarts de consommation peuvent laisser craindre des différences de prise en charge, sans qu'il soit possible de savoir si les risques sont plutôt en termes de sous-traitement dans les territoires sous-dotés ou de surtraitement dans les territoires les plus dotés.

Dans les grandes villes, les chirurgiens-dentistes pratiqueraient davantage l'implantologie, la parodontologie et la pose de prothèses dentaires où les conditions de vie seraient plus

⁸⁶ CNG. Praticiens hospitaliers : Éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires. 2023. 39P. Disponible sur : https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2023-07/PRATICIENS%20HOSPITALIERS_2023_VF.pdf

⁸⁷ ONCD. Organisation des études et programme de formation. Disponible sur : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/pour-letudiant/organisation-des-etudes-et-programme-de-formation/>

⁸⁸ LÉGIFRANCE. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000027343802/>

⁸⁹ ONCD. La lettre n° 150. Septembre 2016. Disponible sur : https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2020/12/La_Lettre_150_2016.pdf

attrayantes⁹⁰. Dans les zones rurales où la population décroît, certains cabinets dentaires ferment sans trouver de repreneurs. Si cette tendance se poursuit, les patients seront obligés, d'ici quelques années, de se déplacer et auront moins le libre choix de leur praticien. De plus, même si un chirurgien-dentiste est installé sur un territoire, il peut ne pas être accessible aux usagers s'il n'accepte pas de nouveaux patients. Dans ces conditions, la proximité ne signifie pas un accès garanti pour la population du bassin de vie, qui constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.^{91 92}

Récemment, les mesures conclues dans le cadre de la convention des chirurgiens-dentistes libéraux avec la CNAM (2023-2028) ne permettront plus aux chirurgiens-dentistes omnipraticiens libéraux de s'installer librement dans les zones « non prioritaires » qu'en reprenant l'activité d'un professionnel cessant définitivement la sienne. Le départ d'un chirurgien-dentiste devra être signalé à l'Assurance maladie pour permettre la succession, qui sera conditionnée à l'approbation de la Commission paritaire départementale (CPD) et au respect de délais strictement encadrés⁹³. Le cadre conventionnel des centres de santé a transposé exactement les mêmes dispositions dans les mêmes zones pour ces structures sanitaires sur la base des équivalents temps pleins de chirurgiens-dentistes (avenant 5 de l'accord national des centres de santé).

Cette réforme cherche à rééquilibrer la répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire pour pallier la problématique des déserts médicaux⁹⁴. Il convient toutefois de nuancer les potentiels résultats de cette réforme car la répartition ne prend pas en compte certains critères comme les exercices exclusifs (handicap, parodontologie, implantologie, odontologie pédiatrique, etc.).

L'exercice en centre de santé

L'exercice en centre de santé répond à des aspirations nouvelles des professionnels : meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, ne pas être seul dans l'exercice quotidien, pouvoir s'investir dans des projets ou actions plus facilement. D'autre part, l'investissement de départ pour s'installer « seul » est aujourd'hui de plus en plus lourd dans la logique du respect des règles d'hygiène et d'asepsie, de qualité, de plus en plus précises pour la sécurité des professionnels et des patients. Les règles auxquelles obéissent les centres de santé par définition concourent à faciliter l'accès aux soins : dispense d'avance de frais ou tiers-payant généralisé sur la part sécurité sociale et une grande majorité de centres l'accomplit également pour la part complémentaire par des accords directs avec les caisses complémentaires, respect des tarifs de base de l'assurance maladie (pas de dépassement d'honoraires sur les soins conservateurs), ouverture à tous. Les centres de santé dentaires se répartissent sur tout le territoire : ils sont principalement urbains et tournés vers les populations les plus fragiles et précaires. Ces éléments se traduisent par un taux de bénéficiaires de la CSS dans leur patientèle plus élevée que la moyenne nationale de la profession (20 % de la patientèle dentaire) et un taux de travaux en reste à charge zéro dans le

⁹⁰ ONDPS. Conférence nationale du 26 mars 2021. Rapport et propositions. Objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former (2021-2025). Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cn_propositions_onp_26_mars_maj19avril.pdf

⁹¹ C@rto Santé. Indicateurs : cartes, données et graphiques. Disponibles sur : https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=-405650,7334994,2149579,1531279&c=indicator&i=zonage_conv.z_dent&t=A01&view=map12

⁹² INSEE. Base des bassins de vie 2022. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/6676988>

⁹³ LÉGIFRANCE. Arrêté du 23 août 2023 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie. Disponible sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=frVlxju7Gg6OWCPctWLV_A3KenVssOlyUDsgwvrbZac=

⁹⁴ ASSURANCE MALADIE. Régulation de l'activité dentaire dans les zones non prioritaires dès 2025 : le point. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/actualites/regulation-de-l-activite-dentaire-dans-les-zones-non-prioritaires-des-2025-le-point>

dispositif 100 % santé plus élevé d'environ 10 points par rapport au reste de la profession dentaire⁹⁵.

Cependant de « nouveaux opérateurs », liés aux acteurs financiers, investissent le champ du salariat des chirurgiens-dentistes dans des objectifs mercantiles en dévoyant le statut original des centres de santé voué à l'accès aux soins.

Focus sur les projections démographiques

Les **projections démographiques** montrent une augmentation à venir des effectifs en chirurgiens-dentistes, soutenue par l'entrée de professionnels à diplôme européen. Les projections de la DREES montrent que s'il y a 41 800 chirurgiens-dentistes de moins de 70 ans en activité en 2020. Ils seraient, dans ce scénario tendanciel, près de 45 900 en 2030 (chiffre atteint en 2025⁸⁴), 53 900 en 2040 et près de 61 800 en 2050 (soit 84 pour 100 000 habitants)^{64 90 96}. Dans l'ensemble, les effectifs progresseraient ainsi de 48 % entre 2020 et 2050. Cette augmentation devrait être accélérée dans le cadre des objectifs de professionnels à former issus de la Conférence nationale du 26 mars 2021⁸⁴ et arrêtés depuis septembre 2021. S'ils sont respectés, le flux d'entrants sera supérieur à celui du scénario tendanciel, se rapprochant de la variante haute de la DREES (+ 20 %) qui conduit à une accélération de la croissance des effectifs (+ 3 300 professionnels en 2040 par rapport au scénario tendanciel)⁹⁰.

Estimer au mieux les besoins des populations en nombre de professionnels à former, de préférence à l'échelle d'un territoire, pour répondre aux besoins de soins des populations, constitue un enjeu important. Ils peuvent être estimés par des besoins exprimés ayant donné lieu à une consommation de soins mais cette démarche ne répond pas aux besoins non satisfaits et aux recours à des soins non pertinents. Dans cette estimation, il faudrait aussi tenir compte de l'impact éventuel de politiques de prévention en santé buccodentaire, de l'évolution de l'organisation des soins (collaboration ville-hôpital, télé-dentisterie, assistant.e de médecine bucco-dentaire), des évolutions socio-culturelles dont les attentes des usagers et l'implication des patients dans les soins, des évolutions des interactions entre professionnels de santé, des attentes des professionnels en termes de temps de travail, des nouvelles manières d'exercer le métier, de la qualité de vie, du vieillissement des populations et de la sélection d'activité de certains professionnels.

L'offre de soins buccodentaires pédiatriques

Comme le soulignait en 2021 le « Livre blanc de l'Odontologie pédiatrique en France »⁹⁷, issu de la sous-commission Odontologie pédiatrique de la CNEMMOP (Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie), les parents ont de réelles difficultés à trouver une offre de soins adaptée en ville pour la prise en charge de leur enfant⁹⁸. Une étude de 2018 a mis en évidence que 18 % à 22 % des chirurgiens-dentistes ne prennent pas en charge les enfants ni les adolescents en France⁹⁹. Parmi les praticiens qui indiquent soigner les enfants, 57 % à 90 % soignent rarement (1 à 4 patients/mois) à exceptionnellement les enfants de moins de 6 ans et 7 % ne les prennent pas en charge. Par ailleurs, selon ces mêmes travaux, les enfants (et

⁹⁵ BASES DU SYSTÈME NATIONAL DES DONNÉES DE SANTÉ (SNDS). Consultation des données 2023 relatives aux praticiens libéraux et centres de santé dentaires.

⁹⁶ DREES. LES DOSSIERS DE LA DREES. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques – Mars 2021. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf

⁹⁷ SOUS-COMMISSION ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE DE LA CNEMMOP. Livret blanc de l'Odontologie Pédiatrique en France. Disponible sur : <https://collegeodontopediatriquedotnet.wordpress.com/livret-blanc-de-lodontologie-pediatrique-en-france>

⁹⁸ MARQUILLIER T. Carie de la petite enfance : déterminants et prévention. Étude épidémiologique dans la région des Hauts-de-France. Thèse pour le Doctorat d'université en santé publique et épidémiologie. [Paris]: Université de Paris XIII- Sorbonne Paris Nord École doctorale Erasme; 2021. Disponible sur : <https://theses.hal.science/tel-03874910/>

⁹⁹ DOMINICI G, MULLER-BOLLA M. L'activité pédiatrique des chirurgiens-dentistes généralistes en France. Rev Francoph Odontol Pédiatr. 2018;13(1).6P

les adultes) en situation de handicap ne seraient qu'exceptionnellement pris en charge dans le secteur libéral.

Les difficultés pour soigner ces jeunes enfants semblent nombreuses pour le chirurgien-dentiste de ville (praticien généraliste avec une activité non spécialisée en odontologie pédiatrique). Elles s'expliquent en partie par le jeune âge de l'enfant (pour exemple, un enfant porteur de caries de la petite enfance peut nécessiter des soins dès l'âge de 18 mois) et le nombre important de soins à réaliser (parfois jusqu'à 20 dents à soigner chez certains enfants avant 3 ans). Les praticiens déclarent souvent ne pas se sentir compétents pour prendre en charge ces jeunes enfants, l'activité pédiatrique étant également génératrice de stress. Par ailleurs, l'environnement classique et le fonctionnement d'un cabinet dentaire de ville ne semble pas toujours adapté à ce type de jeunes patients à besoins spécifiques (par exemple, avec la possibilité de pouvoir réaliser une prise en charge sous sédation consciente à l'aide du Mélange équimolaire oxygène-prot oxyde d'azote (MEOPA)).

En France, les praticiens avec un exercice pédiatrique spécialisé sont peu nombreux et inégalement répartis sur le territoire. Par conséquent, ils sont souvent débordés et il leur est difficile de répondre rapidement à une demande de prise en charge urgente et conséquente. Selon l'ordre national des chirurgiens-dentistes, si la majorité des chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre exercent partiellement ou totalement en libéral très peu ont un exercice pédiatrique exclusif (moins de 0,5 %). Ces derniers doivent posséder des compétences dans tous les domaines techniques de l'odontologie appliqués à un groupe de population dont les sujets (nouveau-nés, enfants et adolescents) sont en cours de croissance, impliquant ainsi une approche cognitivo-comportementale adaptée. Enfin, selon les travaux cités précédemment, 63 % des chirurgiens-dentistes généralistes estiment les soins en odontologie pédiatrique mal rémunérés par rapport au temps nécessaire pour les réaliser.

Une étude publiée en France en 2021 et réalisée dans la région des Hauts-de-France confirme ces difficultés d'accès aux soins dentaires pédiatriques¹⁰⁰. Ces difficultés seraient en partie responsables de l'état de santé buccodentaire dégradé des jeunes enfants pour lesquels le recours est trop tardif.

Sur le plan démographique, un parallèle semble pouvoir s'établir avec l'exercice libéral de la pédiatrie pour laquelle, selon le Syndicat national des pédiatres français (SNPF), la démographie pédiatrique libérale a chuté de 12 % en 5 ans en raison de la faible attractivité de la profession¹⁰¹. La DREES note, quant à elle, un recul d'exercice de 20 % entre 2012 et 2021. Ce constat est alarmant dans la mesure où les moins de 17 ans représentent le quart des populations vivant en France⁹⁶.

Ainsi, les jeunes patients porteurs de pathologies buccodentaires ou nécessitant des soins spécifiques sont souvent orientés vers les structures hospitalières, qui sont bien identifiées des praticiens de ville. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) et certains hôpitaux périphériques sont dotés de services/unités d'odontologie. Ils ont, en particulier, des praticiens compétents en odontologie pédiatrique, un personnel en nombre plus important pour l'aide opératoire, un accès à un plateau technique mieux équipé et plus varié (soins sous sédation, anesthésie générale...). La prise en charge financière des soins dentaires pédiatriques est également facilitée dans les

¹⁰⁰ MARQUILLIER T, TRENTESAUX T, PIERACHE A, DELFOSSE C, LOMBRIL P, AZOGUI-LEVY S. Which determinants should be considered to reduce social inequalities in paediatric dental care access? A cross-sectional study in France. PLoS One. 2021 Aug 4;16(8):e0255360. doi: 10.1371/journal.pone.0255360.

¹⁰¹ HCSP. Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs. Rapport. Avril 2022. Disponible sur :

https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20220428_profdesantetoffrdesoinpourlesenf.pdf

structures hospitalières qui pratiquent généralement le tiers payant¹⁰². Les honoraires des soins non pris en charge par l'assurance maladie y sont bien souvent inférieurs à ceux pratiqués en ville. Cependant, les structures hospitalo-universitaires n'ont pas les capacités, à elles seules, de répondre à la demande croissante de prise en charge en santé orale des populations pédiatriques sur l'ensemble du territoire, sur demande des parents et des différents professionnels de santé¹⁰³¹⁰⁴. Les plateaux techniques dédiés aux soins dentaires sous sédation consciente (et anesthésie générale) nécessitent donc d'être développés dans les CHU et les hôpitaux périphériques pour répondre à une demande de soins spécifiques croissante.

L'offre de soins buccodentaires pour les personnes fragiles (personnes malades, personnes présentant un handicap, personnes âgées et personnes présentant des troubles)

Selon des enquêtes préalablement menées et citées¹⁶, les personnes fragiles (personnes malades, personnes présentant un handicap, personnes présentant des troubles et les personnes âgées) ont un recours moindre aux soins dentaires que la population générale. Cette inégalité est encore plus marquée dans les zones rurales et sous-dotées. Les besoins spécifiques de ces populations, souvent combinés à des difficultés d'accès aux soins, nécessitent des dispositifs adéquats dans la mesure où les cabinets dentaires ne sont pas toujours adaptés pour accueillir des personnes en situation de handicap (espace, équipements spécifiques)¹⁰⁵. Si ces dispositifs existent ils demeurent largement insuffisants pour répondre à la demande. Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont souvent plus longs, notamment pour des soins sous anesthésie générale et en raison du nombre de chirurgiens-dentistes ne se sentant pas suffisamment formés pour traiter les patients présentant des handicaps complexes ou des troubles neurodéveloppementaux en pratique de ville¹⁰⁶.

Focus sur les soins dentaires à l'hôpital

Au-delà des soins complexes relevant historiquement d'une prise en charge hospitalière (chirurgie orale, soins des patients hospitalisés), la demande de soins dentaires à l'hôpital est en augmentation. Le vieillissement des populations, induit la nécessaire prise en charge de patients fragilisés. Des besoins exacerbés en termes de permanence des soins bucco-dentaires notamment en zone sous dotée ou avec les défauts d'offre de soins dentaires pour certains publics comme les jeunes enfants présentant des caries multiples ou les personnes à besoins spécifiques (situation sociale, handicap...) s'expriment. Dans un contexte de tensions budgétaires, les services hospitaliers d'odontologie sont difficiles d'accès, en raison de délais d'attente longs voire par manque d'informations claires sur les parcours de soins possibles.

L'offre de soins bucco-dentaires dans les centres pénitentiaires

Le cadre pénitentiaire pose des défis particuliers pour la continuité des soins. Les soins buccodentaires en prison sont organisés via les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), qui sont des extensions des hôpitaux locaux. Cependant, ces unités souffrent parfois d'un

¹⁰² ASSURANCE MALADIE. Le tiers payant. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/tiers-payant>

¹⁰³ MULLER-BOLLA M, CAMOIN A, MANIERE MC. Accès aux soins dentaires sous anesthésie générale chez l'enfant dans les établissements publics français. Inf dent. 2021;23:32-37.

¹⁰⁴ FOCK-KING M, MULLER-BOLLA M. Analyse de la demande croissante de traitements en odontologie pédiatrique en milieu hospitalier. Clinica 2018;39:411-417.

¹⁰⁵ APF France handicap. Pour un accès aux soins effectif pour toutes et tous, dans tous les territoires - 2021. Disponible sur : <https://www.apf-francehandicap.org/sites/default/files/documents/Note%20Sant%C3%A9-A9-pages%20Vdef.pdf>

¹⁰⁶ CAMIAT J, BAILLY J, MOUSSA-BADRAN S. Les soins spécifiques en odontologie en France : enjeux, état des lieux, perspectives [Special care in dentistry in France: Issues, current situation, outlook]. Sante Publique. 2023 Dec 1;35(HS1):57-75. French. doi: 10.3917/spub.hs1.2023.0057. Disponible sur : https://shs.cairn.info/article/SPUB_HS1_2023_0057/pdf?lang=fr

manque de personnel, ce qui peut compliquer l'accès aux soins réguliers^{15 56}. Certains projets pilotes, comme celui de la Structure d'accompagnement à la sortie (SAS) des Baumettes à Marseille, mettent en avant une approche innovante en intégrant l'éducation pour la santé et un accompagnement personnalisé pour améliorer la prise en charge et faciliter la continuité des soins après la sortie de prison¹⁰⁷. Une étude menée dans 3 prisons françaises a révélé que la durée de l'incarcération a un impact plus significatif que l'âge sur l'état bucco-dentaire des détenus. Les conditions en milieu carcéral favorisent les extractions dentaires comme solution principale face aux infections, contribuant à une perte d'unités dentaires fonctionnelles et des problèmes de mastication conséquents. Ces détériorations entraînent des répercussions sociales et compliquent la réinsertion après la peine^{108 109}

En résumé :

- des tensions sur l'offre de soins, notamment en zone sous dotée,
- une offre de soins pédiatriques mal organisée et sous dotée,
- des efforts à réaliser pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap et les personnes âgées,
- des efforts à réaliser pour améliorer la prise en charge buccodentaire dans le cadre pénitentiaire,
- un besoin de renfort de l'odontologie hospitalière en lien avec l'odontologie de ville (réseau) pour la prise en charge des populations à besoins spécifiques.

Un focus sur l'offre de soins bucco-dentaire dans les Outre-mer (Mayotte et Guyane) : un sous-investissement chronique

Concernant les départements et régions d'outre-mer, l'attention a été portée sur les DROM les plus en tensions que sont Mayotte et la Guyane sans omettre des recommandations qui concernent les problématiques des autres régions et départements ultramarins.

Mayotte : « efforts consentis par l'Etat » :

Collectivité territoriale unique (à la fois département et région), Mayotte est administré par le Conseil départemental exerçant les mêmes compétences que celles d'un Conseil départemental d'outre-mer et d'un Conseil régional d'outre-mer¹¹⁰. Elle est constituée de 2 îles principales, Grande-Terre et Petite-Terre et de plusieurs autres petites îles dont Mtsamboro, Mbouzi et Bandrélé. En 2022, Mayotte compte 310 000 habitants selon le dernier recensement, répartis sur 376 km². Elle présente, ainsi, la plus forte densité de populations de la France d'Outre-mer, mais aussi le plus fort taux de croissance démographique avec près de 5 enfants par femme en moyenne¹¹¹. Malgré les efforts consentis par l'Etat ces dernières années, son système de soins présente un retard conséquent par rapport à la France hexagonale :

¹⁰⁷ MARSACTU. À la SAS des Baumettes, les détenus préparent leur sortie un pied dedans, un pas dehors. Disponible sur : <https://marsactu.fr/a-la-sas-des-baumettes-les-detenus-preparent-leur-sortie-un-pied-dedans-un-pas-dehors/>

¹⁰⁸ DENTAL TRIBUNE. Santé bucco-dentaire en milieu carcéral français. Consulté le 14.12.2024 sur : <https://fr.dental-tribune.com/news/sante-bucco-dentaire-en-milieu-carceral-francais/>

¹⁰⁹ OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ. Enquête sur la santé des patients incarcérés à l'entrée en détention en Grand Est – juillet 2021 Disponible sur : <https://ors-ge.org/sites/default/files/documents/Enquete%20sur%20la%20sant%C3%A9%20des%20patients%20incarc%C3%A9r%C3%A9s%20en%20Grand%20Est.pdf>

¹¹⁰ VIE PUBLIQUE. Mayotte : les spécificités de l'archipel en 8 questions – janvier 2025. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/questions-reponses/289198-mayotte-les-specificites-de-l-archipel-en-8-questions>

¹¹¹ INSEE. La population de Mayotte à l'horizon 2050. INSEE analyse Mayotte n° 26 paru le 15.07.2020. Consulté sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4628193>.

- l'offre de soins buccodentaires est inférieure à la demande. Elle repose essentiellement sur le secteur public dont l'activité est assurée en grande partie par des remplaçants (7 chirurgiens-dentistes au CH de Mayotte en 2017),
- le tissu libéral est peu développé (5 cabinets libéraux en 2017),
- les plateaux techniques doivent être étoffés dans certaines spécialités dont l'absence oblige à recourir à des évacuations sanitaires sur l'île de La Réunion ou sur l'hexagone.

L'île de Mayotte se situe sur un carrefour migratoire où se rencontrent différentes cultures et populations dans un contexte culturel et religieux mahorais ou des représentations, notamment, en regard du handicap, nécessitent d'être déconstruites pour « aller vers » ces populations.

Une étude réalisée en 2015 a montré que la prévalence des lésions carieuses chez les enfants âgés de 6 ans était de 72,4 % à Mayotte contre 36,9 % dans l'hexagone¹¹². L'indice CAOD moyen était de 4,1 à Mayotte contre 1,4 dans le reste de la France, ce qui classe Mayotte, selon l'OMS, parmi les territoires présentant un indice carieux très élevé^{113 114}.

Alors que les habitudes d'hygiène buccodentaire peinent à s'implanter, l'île a été inondée par l'arrivée massive et relativement récente de produits alimentaires industriels très sucrés comme les sodas. Paradoxalement, l'élévation du niveau de vie des populations a permis l'accès aux produits importés qui, sur le plan nutritionnel, sont de moins bonne qualité que la nourriture locale. L'étude NutriMay de 2006¹¹⁵ qualifie Mayotte d'île en début de « transition nutritionnelle »¹¹⁶. Afin de pouvoir juger de l'évolution de la situation nutritionnelle dans le temps, le volet nutritionnel de l'étude Unono Wa Maore a été conduit en 2019 de façon à actualiser les données de l'étude Nutrimay-2006¹¹⁷. La consommation de produits importés trop riches en sucres devrait donc encore augmenter avec des conséquences négatives sur la santé buccodentaire, notamment celles des plus jeunes.

A l'inverse de l'hexagone, où les plus pauvres ont une alimentation plus riche en sucre, à Mayotte, ce sont les plus riches qui ont accès à ce type de produits. Le lien entre niveau social et état buccodentaire paraît donc inversé.

En résumé :

- une offre de soins buccodentaires très inférieure à la demande voir insignifiante en regard des besoins,
- des habitudes d'hygiène buccodentaire qui peinent à s'implanter, Mayotte, une île en début de « transition nutritionnelle avec une consommation de sucre élevée.

¹¹² CHEHIDI A. Urgences bucco-dentaires en odontologie pédiatrique à Mayotte : étude rétrospective. [Thèse d'exercice : Odontologie]. Université de Paris Diderot - Paris 7. Soutenance 2017 - Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02053371/document>

¹¹³ RENAUD O. Mayotte Hebdo. Comores : une enquête de l'OMS alerte sur la négligence de la santé bucco-dentaire - 2024. Disponible sur : <https://www.mayottehebdo.com/actualite/sante/comores-enquete-loms-alerte-sur-negligen-ce-de-sante-bucco-dentaire/>

¹¹⁴ ACTION POUR LE DÉVELOPPEMENT DURABLE ET L'ENVIRONNEMENT. ADDE. Actualités. Disponible sur : <http://ongaddecomores.unaux.com/single-page/?i=1>

¹¹⁵ AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ MAYOTTE. Alimentation, état nutritionnel et état de santé dans l'île de Mayotte l'étude NutriMay - 2023. Disponible sur : <https://www.mayotte.ars.sante.fr/alimentation-etat-nutritionnel-et-etat-de-sante-dans-lile-de-mayotte-letude-nutrimay>

¹¹⁶ InVS. Alimentation, état nutritionnel et état de santé dans l'île de Mayotte : l'étude NutriMay, 2006. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/186438/2319024>

¹¹⁷ SANTÉ PUBLIQUE FRANCE. État nutritionnel de la population mahoraise enfants et adultes : résultats de l'étude Unono Wa Maore 2019 et évolutions depuis 2006. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/l-enquete-unono-wa-maore>

La Guyane :

La Guyane est une collectivité territoriale unique qui exerce « les compétences attribuées à un département d'outre-mer et à une région d'outre-mer et toutes les compétences qui lui sont dévolues par la loi pour tenir compte de ses caractéristiques et contraintes particulières »¹¹⁸, située en Amérique du Sud, limitrophe du Brésil au sud-est et au sud et du Surinam à l'ouest. Elle est la seule collectivité française d'outre-mer de nature continentale, non insulaire. Hors de France, la région est habituellement appelée « Guyane française ». Avec une superficie de 83 856 km² et une population de 295 000 habitants (au 01.01.24)¹¹⁹, la Guyane est la 2^{ème} région de France en superficie, la 2^{ème} moins peuplée et celle présentant la plus faible densité. C'est également le département le plus boisé, 97 % du territoire étant couvert d'une forêt équatoriale qui reste parmi les plus riches et le moins écologiquement fragmenté du monde, la forêt guyanaise¹²⁰.

En Guyane, le système de soins doit composer avec les caractéristiques naturelles et sociales d'un territoire français situé en terre sud-américaine. Les difficultés d'accès aux soins qui résultent de cette configuration affectent tout particulièrement les populations proches des fleuves Maroni et Oyapock¹²¹. Le littoral, plus développé, dispose de 2 structures hospitalières publiques et 3 privées en chirurgie, médecine et obstétrique. La quasi-totalité des patients peuvent être pris en charge sur place. Néanmoins, certaines spécialités sont manquantes sur le territoire : chirurgie thoracique, assistance médicale à la procréation, chirurgie cardiaque et grands brûlés. En revanche, dans la région du Haut-Maroni, l'offre sanitaire se réduit à 3 officines pharmaceutiques et 19 centres et postes de santé, dont 10 seulement médicalisés. L'accès aux consultations y est gratuit. Il en est de même pour la délivrance des médicaments.

Des procédures ont été mises en place pour atténuer les conséquences de l'isolement : les urgences, ne pouvant pas être prises en charge sur place, peuvent être transférées par hélicoptère dans l'un des 3 hôpitaux du littoral et les prélèvements biologiques sont acheminés par pirogue et voiture jusqu'aux laboratoires du littoral. Des médecins spécialisés (dont les chirurgiens-dentistes), en poste dans les hôpitaux du littoral, font tous les 2 mois environ des missions dans l'intérieur. En revanche, l'assurance maladie ne prend pas en charge les transports nécessaires à l'accès des consultations spécialisées hospitalières du littoral¹²².

Il n'y a pas de permanence sociale pour assurer l'ouverture des droits. En outre, le système de protection maladie étant fondé sur la résidence habituelle en France, la question de l'ouverture des droits au bord du fleuve reste très complexe¹²³. Le taux de rotation des soignants est important : de l'ordre du mois. Médecins, maïeuticiens et infirmiers sont pour la plupart originaires d'Europe continentale.

L'environnement alimentaire des deux côtés du fleuve ne favorise pas des choix appropriés. Les prix des aliments sains et de bonne qualité n'incitent pas à leur achat, à l'inverse des aliments

¹¹⁸ LÉGIFRANCE. Code général des collectivités territoriales. Collectivité territoriale de Guyane - Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT00006070633/LEGISCTA000024405343/#:~:text=La%20Guyane%20constitue%20une%20collectivit%C3%A9,de%20ses%20caract%C3%A9ristiques%20et%20contraintes

¹¹⁹ INSEE, « Estimation de population par région, sexe et grande classe d'âge – Années 1975 à 2024 ». Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/7752095/estim-pop-dep-sexe-gca-1975-2024.xls>

¹²⁰ Étude FAO Forêt. « Global Forest Resources Assessment 2010 ». Disponible sur : <https://www.fao.org/4/i1757f/i1757f.pdf>

¹²¹ FESSEARD C. GEORGES H. Santé des migrants sur le Haut-Maroni en Guyane : enjeux et prise en charge. La santé en action. 2021 (455), p. 24-25. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/365647/3120969?version=1>

¹²² CARDE E. Le système de soins français à l'épreuve de l'outre-mer : des inégalités en Guyane. Espace Populations Sociétés. 2009, p. 175-189. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/eps/3638>

¹²³ INSEE. Accès aux soins hospitaliers en Guyane : derrière un constat encourageant, de fortes disparités. [Internet]. 2014. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/1285646/ina_02.pdf

hyper-transformés. Ainsi, plus de la moitié des enfants qui habitent sur le Haut Maroni déclarèrent consommer des produits sucrés entre les repas (62 %) et boire régulièrement du soda (59,7 %). Du côté français du fleuve, quelques épiceries d'alimentation générale permettent aux habitants de s'approvisionner en produits commercialisés, mais le coût des aliments reste très élevé pour les populations. De plus, ces épiceries sont en fait des lieux de rassemblement et de consommation (glaces, chips, bières, soda...).

Certains points de vigilance doivent être relevés :

- problèmes de santé : obésité, diabète, hypertension artérielle, risque carieux élevé,
- perte de savoir-faire sur la forêt, le fleuve, l'agriculture et la chasse,
- moins de souveraineté alimentaire et perte d'agentivité (dépendance aux transferts sociaux et présence de commerces peu ou pas régulés),
- davantage de déchets,
- coût important de l'alimentation dans le budget des ménages.

D'après l'étude de H. DELAR, en 2015, 55 % des élèves scolarisés en milieu rural en Guyane, âgés de 6 à 12 ans, déclaraient ne jamais avoir consulté de chirurgien-dentiste. Ceux qui auraient consulté un chirurgien-dentiste dans l'année seraient au nombre de 12,1 %¹²⁴.

En résumé :

- une offre de soins buccodentaires très inférieure à la demande voire insignifiante en regard des besoins,
- une population exposée à une alimentation cariogène et à un faible accès aux soins en général et aux soins bucco-dentaires en particulier,
- des droits sociaux à renforcer.

C. Les difficultés d'accès aux soins et à la prévention

Les taux de renoncement aux services de santé bucco-dentaires sont plus élevés chez les personnes moins bien portantes et corrélés à l'état de santé perçu⁶⁹. Paradoxalement, les personnes ne s'estimant pas en bonne santé sont proportionnellement plus nombreuses à avoir renoncé à des soins médicaux ou dentaires. Même si les personnes perçoivent généralement bien le lien entre santé bucco-dentaire et santé générale, il apparaît que les personnes qui perçoivent leur santé comme bonne ou non altérée, ont une perception plus préventive du système de santé comparés aux personnes qui perçoivent leur état bucco-dentaire comme altéré. Dans ce cas, elles ont recours au système de santé plus tardivement, pour recevoir un soin curatif et à un stade plus avancé.

Les freins, propres aux patients, tels que la vision uniquement curative des services de santé bucco-dentaire, une tendance à l'automédication, la peur des soins, voire des représentations négatives du chirurgien-dentiste, pourraient probablement être levés avec des actions d'éducation à la santé.

Des difficultés conjoncturelles

Parmi les raisons évoquées pour le renoncement aux soins et à la prévention, certaines relèvent d'un défaut d'offre de soins avec notamment le départ à la retraite non remplacé du chirurgien-dentiste traitant ou la saturation des cabinets dentaires auxquels les patients tentent de s'adresser. Les personnes qui souhaitent accéder aux soins dentaires peuvent aussi rencontrer des obstacles organisationnels liées aux contraintes pour les prises de rendez-vous (délais, plages

¹²⁴ DELAR H. La santé bucco-dentaire des enfants de 6 à 15 ans en Guyane : disparités entre les zones rurales et urbaines [Thèse d'exercice : Odontologie]. Université de Bordeaux. 2015. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01154274/file/Chir-dent-2015_Delar.pdf

horaires) avec souvent une faible lisibilité de la disponibilité de l'offre de soins (« ne pas savoir où on peut se faire soigner notamment en urgence »). Toutefois, selon la DREES en 2023, une amélioration de l'accessibilité aux chirurgiens-dentistes serait observée ¹²⁵.

Des tensions sur l'accessibilité physique à des structures de soins

Sont à noter des tensions sur l'accessibilité physique à des structures de soins pour les personnes à mobilité réduite, malgré la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et l'arrêté du 20 avril 2017 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public lors de leur construction et des installations ouvertes au public lors de leur aménagement¹²⁶. Ce texte prévoit pourtant une accessibilité universelle incluant tous types de handicaps pour les établissements recevant du public (ERP). Pour les personnes prises en charge pour des pathologies bucco-dentaires lourdes, les soins se révèlent très difficiles à réaliser faute de structures adaptées. C'est le cas pour les personnes en brancard, avec une sonde nasogastrique et/ou qui se déplacent avec une potence médicamenteuse. La prise en soins de personnes souffrant d'obésité morbide est aussi un enjeu par manque de structures adaptées ¹²⁷...).

Des obstacles financiers

Pour autant, l'obstacle financier (coût réel ou supposé des soins dentaires, incluant le coût des transports) est le plus souvent mis en avant pour les soins dentaires (plus que pour les soins médicaux). Ainsi, parmi les individus qui vivent sous le seuil de pauvreté, des taux de renoncement aux soins médicaux et dentaires sont nettement plus élevés (6,7 % et 11,3 %, respectivement, contre 3,2 % et 5,9 % chez les personnes non pauvres). Ce non-recours est encore plus fréquent chez les personnes appartenant à un ménage qui perçoit le revenu de solidarité active (11,6 % d'entre eux ayant renoncé à des soins médicaux et 19,0 % à des soins dentaires) et ou ayant été confronté à des difficultés budgétaires (découverts bancaires à la suite d'accidents de la vie, par exemple). Il est à noter qu'un non-recours aux prestations sociales par manque d'encadrement institutionnel existe également et que cela représente 33 % des ayants droits à la CSS ¹²⁸. S'agissant de la situation familiale, le fait d'élever seul son ou ses enfant(s) augmente le risque de renoncement aux soins dentaires, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, ainsi que de ne pas accéder à une complémentaire santé¹²⁹. L'absence de complémentaire santé constitue un frein majeur à l'accès aux soins. Le renoncement aux soins est d'autant plus fréquent que la couverture santé est faible ⁶⁶.

Les personnes de nationalité étrangère sont plus susceptibles de prendre la décision de ne pas consulter un chirurgien-dentiste alors qu'elles en ressentent le besoin. Des conditions de vie

¹²⁵ DREES. Accessibilité aux soins de premiers recours en 2023 : dégradation de l'accessibilité aux généralistes et aux infirmières, amélioration de l'accessibilité aux kinésithérapeutes, aux sages-femmes et aux chirurgiens-dentistes. - 2024 Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/241220_DATA_accessibilite-aux-soins

¹²⁶ LÉGIFRANCE. Arrêté du 20 avril 2017 relatif à l'accessibilité aux personnes handicapées des établissements recevant du public lors de leur construction et des installations ouvertes au public lors de leur aménagement : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000034485459>

¹²⁷ LARGE JF, MADIGAN C, GRAHAM H, BIDDLE GJH, SANDERS J, DALEY AJ. Public and dental teams' views about weight management interventions in dental health settings: Systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2024 Jun;25(6):e13726. doi: 10.1111/obr.13726.

¹²⁸ DREES. Le non-recours aux prestations sociales. Mise en perspective et données disponibles. Juin 2020. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dd57.pdf>

¹²⁹ AZOGUI-LEVY S et ROCHEREAU T. « Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Exploitation de l'enquête Santé et protection sociale 2000 », *Questions d'économie de la santé*, n° 94. 2005. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes94.pdf>

souvent moins bonnes, une moindre connaissance du système de santé, ainsi que des barrières d'ordre culturel peuvent rendre l'accès aux soins plus difficile pour cette frange de la population¹³⁰. Environ 7 % des personnes de 16 ans et plus ont renoncé au moins 1 fois, au cours des 12 derniers mois, à se rendre chez un chirurgien-dentiste alors qu'elles en ressentaient le besoin. L'obstacle financier est le motif de renoncement le plus fréquemment cité même si le manque de temps, la peur et l'attente d'une amélioration spontanée sont aussi évoqués⁸³.

Le cumul des freins, que ce soit au moment de percevoir que l'on a besoin de soins, de prendre la décision de se faire soigner, de recourir aux soins ou de les poursuivre, porte une atteinte à l'amélioration globale de la santé des personnes. L'amélioration du recours aux soins ne peut être envisagée que par l'action simultanée sur plusieurs leviers à différents niveaux et de façon propre à chaque territoire.

Les défauts d'accès à la prévention doivent aussi être considérés car ils déterminent l'incidence des maladies buccales. Les difficultés d'acquisition et/ou de maintien des habitudes d'hygiène buccales favorables à la santé sont fréquentes notamment chez les personnes en situation de fragilité sociale, de vulnérabilité en santé (1 malade chronique sur 5) ou chez les personnes âgées (difficultés motrices ou cognitives). Les populations à besoins spécifiques (petite enfance, situation de handicap, personnes dépendantes en institution ou non, ...), qui représentent 10 à 15 % des populations vivant en France, n'ont pas accès à des soins conservateurs de manière suffisante. Cette situation aboutit à des édentations précoces préjudiciables. Les habitudes favorables à la santé orale (brossage biquotidien, exposition aux fluorures, alimentation variée) sont plus répandues dans la population qui bénéficie d'un meilleur niveau d'éducation et de revenus. Le recours au chirurgien-dentiste à titre préventif varie de 25,7 % chez les enfants d'ouvriers à 46,7 % chez ceux de cadres¹³¹.

De plus, l'influence négative des déterminants commerciaux¹³² sont particulièrement marqués en santé bucco-dentaire. La promotion d'aliments ou de boissons riches en sucre et/ou acides, via les publicités par exemple, favorise une alimentation non favorable à la santé bucco-dentaire. Cette surconsommation d'aliments peu intéressants d'un point de vue nutritionnel contribue à la dégradation de l'état bucco-dentaire et de la fonction masticatoire. Les actions de prévention/promotion de la santé représentent une goutte d'eau face à un océan de sollicitations commerciales non favorables à la santé et ce particulièrement pour ceux qui ont de faibles connaissances dans le domaine de la santé (littératie) et qui, de plus, n'accèdent pas aux soins curatifs dont ils auraient besoin.

En résumé :

- les freins à l'accès aux soins dentaires sont multiples et se manifestent à différents moments du processus de recours aux soins,
- le coût (réel ou supposé des soins, incluant le transport sanitaire) reste un frein majeur à l'accès aux soins,
- l'accès à la prévention est particulièrement marqué par les inégalités sociales de santé,
- des déterminants commerciaux sont à prendre en compte notamment dans le domaine de la nutrition.

¹³⁰ BERCHET C. et JUSOT F. 2012. « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français », Questions d'économie de la santé, n° 172. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>

¹³¹ CALVET L, MOISY M, CHARDON O, GONZALEZ L, GUIGNON N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. DREES, Études et résultats n° 847-2013. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er847.pdf>

¹³² OMS. Document de réflexion de l'OMS (Version du 9 Août 2021). Projet de stratégie mondiale pour la santé bucco-dentaire. Disponible sur : [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/french_212414_eb150_-_annex_3_\(global_strategy_on_oral_health\)_-final_\(for_web\)_f.pdf?sfvrsn=76d3d411_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/french_212414_eb150_-_annex_3_(global_strategy_on_oral_health)_-final_(for_web)_f.pdf?sfvrsn=76d3d411_5)

D. Le bilan de l'impact du 100 % santé

Le dispositif 100 % santé, appliqué pleinement à compter du 1er janvier 2021, a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins dentaires via une amélioration de la prise en charge des traitements bucco-dentaires. Ce dispositif consiste en la définition d'un panier de soins prothétiques dans les champs dentaire, optique et des audioprothèses, pour lesquels les assurés sociaux titulaires d'un contrat de santé responsable et solidaire n'ont aucun reste à charge, après remboursement de leurs dépenses par l'Assurance-maladie obligatoire et les complémentaires santé.

Ce dispositif du reste à charge zéro a permis à plus de 6 millions de personnes de bénéficier de soins dentaires sans frais supplémentaires depuis 2019. Toutefois, la Cour des comptes relève que, face à la complexité de la réforme du 100 % santé, les pouvoirs publics ont été amenés à faire des choix, parfois optimistes, dans leur estimation du coût de cette réforme⁸². La répartition des rôles et des données entre ministère, Assurance maladie obligatoire et complémentaires santé, voire professionnels eux-mêmes, en complexifie le suivi. De plus, la crise sanitaire en a perturbé le déploiement et l'absence d'outils de régulation rend son pilotage hasardeux d'autant que le secteur dentaire fait l'objet d'un suivi à part, régi dans le cadre des discussions conventionnelles entre l'UNCAM et les syndicats de chirurgiens-dentistes.

Un bilan plutôt positif même si certains points sont à améliorer :

Point de vue des usagers :

La réforme 100 % santé présente des avantages et des inconvénients. En effet, si les assurés bénéficient d'un reste à charge zéro pour plus de la moitié des prothèses dentaires, il n'en reste pas moins que cette réforme s'accompagne d'une augmentation des tarifs des assurances complémentaires santé. De plus, elle suscite des craintes concernant les restes à charge sur certains actes comme les implants dentaires ou certaines prothèses.

D'une façon générale, pour les soins dentaires, ces mesures sont plutôt positives car le panier sans reste à charge représente une part majoritaire des actes prothétiques réalisés (55 %). Cela se traduit par une diminution globale des restes à charges pour les ménages, même si cette mesure ne semble pas forcément se traduire par une augmentation de l'accès aux soins d'un plus grand nombre de personnes, mais plutôt par une augmentation du nombre de prothèses par patient. De plus, selon la DREES en 2021, seuls 53 % des personnes interrogées disaient connaître cette réforme. Par ailleurs, les contrôles des pratiques professionnels feraient apparaître certains comportements visant à dévaloriser le contenu des paniers sans reste à charge. L'absence de tiers-payant intégral, malgré l'obligation posée par la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2021, peut expliquer certaines difficultés de déploiement de ce dispositif chez les personnes en situation de fragilité sociale¹³³.

Le reste à charge des ménages s'établissait à 16,6 % en 2023. Celui-ci a fortement diminué depuis la mise en place de la réforme du 100 % santé en dentaire. Il est passé de 23,3 % en 2019 à 21,6 % en 2020 puis 15,6 % en 2021. Le taux de reste à charge baisse ainsi fortement en 2020 et 2021 (- 6 points après - 1,7 points)⁸⁰, sous l'effet de la poursuite de la montée en charge de la réforme (élargissement du champ de la réforme au champ des prothèses amovibles en 2021), avant de se stabiliser en 2022 (- 0,1 point). Le reste à charge des ménages est légèrement inférieur pour les

¹³³ DREES. « 100 % santé » : fin 2021, un peu plus de la moitié des Français en ont entendu parler. Études et résultats n° 1236 – 2022 - Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/100-sante-fin-2021-un-peu-plus-de-la-moitie>

soins hors prothèses (9,8 %). Concernant les prothèses, le reste à charge est plus élevé (15,4 % de la dépense en 2022) mais a diminué de 9,7 points depuis 2020, en particulier sur le panier 100 % santé où il est très faible⁸⁰.

En résumé :

- mettre en place les outils, méthodes d'évaluation et de suivi du dispositif 100 % santé,
- mieux faire connaître le dispositif 100 % santé bucco-dentaire aux professionnels de santé, aux accompagnateurs sociaux et aux populations vivant en France.

III. La prévention buccodentaire

Comme nous l'avons vu précédemment, la santé buccodentaire est un marqueur précoce des inégalités sociales de santé. Les inégalités se distribuent selon un gradient social de santé. Le défi consiste à tenir compte de ce gradient social lors de la mise en œuvre et de l'évaluation des interventions de santé publique.

Les principales maladies buccales font partie des maladies chroniques dites non transmissibles (NCDs : Non Communicable Diseases), et partagent des déterminants sociaux, environnementaux et commerciaux de la santé ainsi que des facteurs de risque communs avec d'autres pathologies chroniques systémiques. Ainsi, la consommation excessive et fréquente de sucre influence le risque de carie dentaire comme elle favorise l'obésité et le surpoids. La consommation de tabac est aussi un facteur de risque majeur pour les maladies parodontales comme pour d'autres maladies chroniques et en particulier les cancers. Les maladies buccales, par leur impact sur la nutrition ou par l'inflammation systémique générée, constituent, elles aussi, un facteur de risque pour d'autres maladies chroniques telles que le diabète et certaines affections cardiovasculaires.

Paradoxalement, bien que la santé buccodentaire soit reconnue comme une composante essentielle de la santé générale, elle ne figure pas dans les politiques et stratégies de santé publique. Le Plan mondial de l'OMS pour la santé orale 2023-2030 cherche à remédier à cette situation en introduisant une dynamique nouvelle, axée sur une approche intégrée et globale¹⁸. Ce plan met en lumière l'importance de promouvoir la santé buccodentaire, en l'intégrant aux stratégies nationales de santé plutôt que de la traiter uniquement isolément. L'approche recommandée par l'OMS encourage la collaboration intersectorielle et l'utilisation d'approches mixtes, notamment dans le cadre de la promotion de la santé par facteurs de risque communs. En intégrant la prévention des maladies buccales dans les programmes de santé publique, le plan vise à agir sur les facteurs de risque modifiables qui sont communs à plusieurs affections. Cette convergence des recommandations permet, non seulement de renforcer l'efficacité des actions de prévention, mais aussi de garantir une approche plus cohérente et inclusive de la santé.

A. La politique de fluoration : des décisions à prendre et à suivre

Les dentifrices fluorés

L'apport en fluor est un élément clef pour la prévention de la carie dentaire avec notamment une efficacité avérée des dentifrices fluorés utilisés lors du brossage biquotidien à tous les âges. Concernant les effets des fluorures, il importe de distinguer les effets des fluorures qui surviennent sur les tissus dentaires lors de la formation de ces tissus (c'est-à-dire en phase pré-éruptive), de ceux qui s'exercent sur les tissus dentaires exposés au milieu buccal (c'est-à-dire en phase post-éruptive).

En l'état actuel des connaissances, les fluorures auraient une efficacité supérieure lorsqu'ils sont administrés en période post-éruptive (action par voie topique essentiellement), en comparaison avec leurs effets en période pré-éruptive (action par voie systémique). L'efficacité cario-protectrice maximale est obtenue grâce à des apports faibles mais réguliers de fluorures dans la cavité buccale assurant la présence continue d'ions fluorures à la surface de l'émail¹³⁴. Il convient donc de se préoccuper d'une tendance au développement des dentifrices fait maison, ou non fluorés, qui représentent aujourd'hui une vraie perte de chance pour les personnes et notamment les jeunes enfants¹³⁵.

La fluoration du sel

Dans le champ de prévention de la carie dentaire, la fluoration du sel est autorisée en France depuis 1985, à côté du sel non fluoré. A cette époque, il s'agissait d'une mesure de santé publique novatrice à l'échelle internationale, même si paradoxalement cette autorisation n'a pas été accompagnée d'une campagne d'information significative. Dans cette mesure, le sel est supplémenté en fluor à raison de 250 mg/kg de fluorures, sous forme de fluorure de potassium. Sur l'étiquetage de ce sel figure la mention « sel fluoré ». D'après les données de vente de sel, le sel iodé et fluoré représentait, en 2005, 19 % des ventes de sel en petits conditionnements mais cette proportion semble avoir récemment largement diminué. Le sel fluoré est autorisé dans les cantines scolaires depuis 1993 mais n'est pas autorisé en France dans les préparations industrielles (industries agro-alimentaires et restauration collective)¹³⁶. La fluoration du sel s'est accompagnée d'une réduction de la prévalence carieuse dans certains pays en développement, notamment pour les populations ayant un faible accès à l'hygiène ou aux soins. Néanmoins, l'efficacité de cette mesure est à nuancer lorsque qu'elle est mise en parallèle avec l'amélioration de l'hygiène buccodentaire et l'utilisation de dentifrices fluorés¹³⁷. Quel que soit le niveau de risque carieux de l'enfant, la mesure la plus efficace de prévention des lésions carieuses repose sur un brossage au minimum biquotidien des dents avec un dentifrice fluoré dont la teneur est adaptée à l'âge¹³⁷.

Le fluorure de diamine d'argent

Depuis le 30 septembre 2021, la liste des médicaments essentiels de l'OMS contient pour la 1ère fois le ciment verre ionomère, le fluorure diamine d'argent et le fluor, quelle que soit sa forme (dentifrice, crème, gel), dosé entre 1 000 and 1 500 ppm. Ces produits sont considérés comme sûrs, efficaces, de bonne qualité, à un coût acceptable et répondant aux besoins prioritaires des populations en matière de santé buccodentaire. Dans le programme « génération sans carie » de l'assurance maladie, en lien avec la convention dentaire des chirurgiens-dentistes 2023-2028, la prise en charge du fluorure de diamine d'argent est prévue à hauteur de 35 €⁸⁵.

¹³⁴ PETERSEN PE, LENNON MA. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32:319-21.

¹³⁵ AFSSAPS. Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans. 2008. 20P. Disponible sur : <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/03/11/7db1d82db7f5636b56170f59e844dd3a.pdf>

¹³⁶ DUFFIN S, DUFFIN M, GROOTVELD M. Revisiting Fluoride in the Twenty-First Century: Safety and Efficacy Considerations. *Front Oral Health*. 2022 Jul 4;3:873157. doi: 10.3389/froh.2022.873157. Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/361740421_Revisiting_Fluoride_in_the_Twenty-First_Century_Safety_and_Efficacy_Considerations

¹³⁷ VAUTEY S, RANIVOHARILANTO E, DECROIX B, TUBERT-JEANNIN S. Fluoration du sel et carie dentaire, état de la question [Salt fluoridation and dental caries: state of the question]. *Sante Publique*. 2017 Apr 27;29(2):185-190. French. Disponible sur : <https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2017-2-page-185?lang=fr>

B. Les stratégies nationales de prévention buccodentaire

Les stratégies de prévention buccodentaires au niveau national concernent actuellement, principalement des dispositifs de prévention secondaire (visites annuelles chez le chirurgien-dentiste) et l'évolution de la prise en charge des actes de prophylaxie au cabinet dentaire.

Le plan national de prévention buccodentaire (2006-2009) : M'T dents

Le plan national de prévention buccodentaire (2006-2009), élaboré il y a 20 ans, reste la seule référence d'une stratégie nationale pour la prévention buccodentaire. Il a produit un dispositif qui perdure et évolue (« M'T dents ») dont l'objectif est d'offrir désormais des soins buccodentaires préventifs aux enfants et jeunes adultes de 3 à 24 ans. Ce programme, financé par l'Assurance maladie, a pour objectif d'encourager une consultation régulière chez le chirurgien-dentiste dès le plus jeune âge. C'est en 2017 qu'il a été élargi pour inclure les jeunes adultes de 21 et 24 ans, afin de combler un vide en matière de prévention chez cette population souvent sujette aux renoncements aux soins. Il a été étendu en 2019 pour inclure des consultations régulières pour les enfants de 3 ans¹³⁸. La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique comportait un objectif précis en matière de santé buccodentaire : réduire de 30 % en 5 ans l'indice carieux des enfants de 6 et 12 ans¹³⁹.

M'T dents vise à favoriser un contact précoce avec le chirurgien-dentiste par des rendez-vous réguliers (à l'âge de 6, 9, 12, 15, 18 ans, 21 et 24 ans). L'examen buccodentaire est pris en charge à 100 % sans avance des frais. Des séances d'éducation pour la santé dans les classes de cours préparatoire (CP) et de 6^{ème} devaient accompagner ces mesures au niveau du territoire national. Ces actions ont peu ou pas été mises en œuvre. L'Assurance maladie a réalisé des appels d'offres régionaux qui ont été infructueux par manque d'acteurs sur le terrain et par manque de pilotage identifié au niveau national.

Le rapport annuel des dépenses de santé de la DREES montre que le taux de recours aux chirurgiens-dentistes par les jeunes âgés de 3 à 24 ans est stable (51,6 % en 2022 vs 51,1 % en 2021-données de la CNAM) mais en dessous de la moyenne avant la crise sanitaire (56,8 % entre 2017 et 2019)¹⁴⁰. Le taux de recours a également tendance à baisser avec l'avancée en âge. Un point de vigilance souligné par des études qui montrent que le dispositif M'T Dents aurait tendance à bénéficier à ceux qui en auraient le moins besoin^{141 142}.

De M'T Dents à « génération sans carie »

Le dispositif « M'T Dents » constitue un axe fort de la politique nationale de prévention buccodentaire et la nouvelle convention dentaire a acté en 2024 de profondes évolutions à venir pour 2025 avec l'évolution vers le dispositif « Génération sans carie ». Le dispositif de consultation de prévention sera désormais annualisé pour les enfants et jeunes entre 1 an et 25 ans. Les

¹³⁸ ASSURANCE MALADIE. M'T dents : des rendez-vous offerts chez le dentiste – avril 2025. Disponible sur :

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>

¹³⁹ LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCATA0000089512>

¹⁴⁰ DREES. Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé - ÉDITION 2023, Disponible sur :

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-11/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202022%20-%20R%C3%A9sultats%20des%20comptes%20de%20la%20sant%C3%A9%20-%20%C3%89dition%202023_0.pdf

¹⁴¹ BAS AC, AZOGUI-LÉVY S. Evaluation of children's participation in a national dental programme in France. Community Dent Oral Epidemiol. 2019 Aug;47(4):291-298. doi: 10.1111/cdoe.12456.

¹⁴² MASCRE C, BAS AC. Évaluation de la participation au programme de prévention bucco-dentaire M'T Dents à destination des enfants : une étude basée sur l'Échantillon généraliste des bénéficiaires. Disponible sur :

https://posters.sfsp.fr/2023/e/E195_Evaluation%20de%20l'offre%20de%20pr%C3%A9vention%20en%20sant%C3%A9%20bucco-dentaire%20%C3%A0%20destination%20des%20enfants%20et%20adolescents%20-%20le%20programme%20M'T%20Dents.pdf

mesures s'élargiront progressivement d'1 an chaque année, de sorte que les jeunes adultes de 28 ans seront aussi concernés à l'échéance de la convention en 2028. Dans les mêmes conditions, le dispositif intègre les futures et jeunes mamans du 4ème mois de grossesse à 6 mois après la naissance. L'examen buccodentaire (EBD) est valorisé à 40 € pour le chirurgien-dentiste, les soins liés au bilan sont également revalorisés. La pose d'un vernis fluoré est prise en charge avec une extension de 1 à 25 ans au lieu de 3 à 24 ans (antérieurement prise en charge seulement pour les 6-9 ans)^{93 143}

Le financement de ce dispositif évolue avec la participation des organismes complémentaires (40 %), (pour les personnes ayant une couverture complémentaire), mais cette évolution fait débat. En effet, 2,5 millions de personnes (plus de 15 ans) ne seraient pas couverts, ni par une assurance complémentaire, ni par la Couverture Santé Solidaire (CSS). Le taux de non-couverture concerne les chômeurs (jusqu'à 20,3 %), les étudiants (3,2 %), les familles monoparentales (8,3 %). Ainsi, 1 million d'enfants et de jeunes adultes de moins de 24 ans pourraient être exclus du système de prévention et de soins prévus dans le cadre de l'action « Générations sans carie » en raison d'une absence de prise en charge totale, soit par le « couple » assurance maladie/couverture complémentaire ou par la solidarité nationale : Aide médicale d'État (AME) ou Couverture santé solidaire (CSS).

En l'état, avec les dispositions de la nouvelle convention dentaire (2023-2028), le risque d'une inégalité dans la prise en charge de la prévention et des soins buccodentaires peut exister au détriment des classes sociales qui en ont le plus besoin. C'est pourquoi la CNAM a pris l'engagement de poursuivre une couverture à 100 % pour les populations qui n'auraient pas de couverture complémentaire (hors CSS). L'application de cette mesure est prévue pour 2025.

Le volet prévention du dispositif 100 % santé

Le dispositif 100 % santé intègre une revalorisation des traitements prophylactiques et conservateurs et le développement de la prise en charge de certains actes préventifs tels que l'assainissement parodontal pour les malades chroniques (ALD 8 diabète et 5 autres ALD, à savoir ALD 5: Insuffisance cardiaque, troubles du rythme et cardiopathies valvulaires ; ALD 7: déficit immunitaire VIH ; ALD 13 : maladie coronaire ; ALD 22; Polyarthrite rhumatoïde ; ALD 27 Spondylarthrite grave), les applications de gels et vernis fluorés chez les 1-24 ans. Ces mesures renforcent les soins préventifs au cabinet dentaire. Cette activité de soins prophylactique (hors détartrage) reste limitée et d'autres actes pourraient à l'avenir être considérés utilement dans le domaine buccodentaire comme l'accompagnement au sevrage tabagique ou l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

La prévention quaternaire en santé buccodentaire : protéger les usagers des dérives

La prévention quaternaire vise à protéger les patients contre les interventions médicales excessives, les effets indésirables des soins, la surmédicalisation et la iatrogénie. Elle doit se concevoir dans le cadre de procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables, tout en évitant les interventions médicales invasives et inutiles. D'une manière générale (non spécifique à la santé buccodentaire), entre 30 % et 50 % des patients atteints de maladies chroniques ne recevraient pas les soins conformes aux recommandations. Environ 20 % à 30 % des soins seraient non nécessaires voire dangereux. Enfin, 30 % des dépenses de santé seraient inutiles et n'apporteraient pas de plus-value dans les soins¹⁴⁴.

¹⁴³ ASSURANCE MALADIE. Examens bucco-dentaires : ce qui change à compter d'avril 2025. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/actualites/examens-bucco-dentaires-ce-qui-change-compter-d-avril-2025>

¹⁴⁴ MICHEL P. - Commission Sécurité des patients - Prévenir de la médecine. La prévention quaternaire pose le cadre de la pertinence des soins. Revue ADSP. n° 92 septembre 2015 : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=149>

La prévention quaternaire a pour but d'informer les patients des risques et avantages des traitements buccodentaires, tout en tenant compte de leurs croyances et préférences individuelles. Autrement dit, la prévention quaternaire entraîne une réflexion sur le bien-fondé de l'agir médical, en prévenant le trop de médecine tout en garantissant des soins éthiques de qualité, d'autant que le développement des moyens technologiques et scientifiques conduit à une surmédicalisation qui peut parfois être néfaste¹⁴⁵.

La promotion de la santé buccodentaire

Dans le domaine de la prévention/promotion de la santé buccodentaire, de nombreuses initiatives existent via des organismes comme l'UFSBD (Union française pour la santé buccodentaire), les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) ou Fédération promotion santé (FPS), des conseils départementaux (par exemple, celui du Val de Marne), voire au niveau local (exemple : Montpellier santé orale)¹⁴⁶. Des outils d'éducation à la santé ont été développés en France dans le domaine de la santé buccodentaire (exemple : Kidouli - Chaire Unesco Éducation et santé)¹⁴⁷. De même, certains programmes de prévention buccodentaire ont fait l'objet d'évaluations mettant en évidence leur efficacité (exemple : « Mes Dents ma Santé » en Nouvelle Calédonie)¹⁴⁸. Il s'avère que ces interventions sont difficiles à lister et à évaluer car elles sont rarement positionnées dans un plan identifié au niveau national voir régional. C'est la raison pour laquelle, un bilan complet de ces interventions n'a pas pu être réalisé dans ce rapport.

En résumé :

- réaffirmer l'importance d'un brossage biquotidien des dents avec dentifrice fluoré dès l'éruption de la 1^{ère} dent,
- mettre en place, au plus tôt, les outils, méthodes d'évaluation et de suivi du dispositif génération sans carie,
- mieux faire connaître les dispositifs nationaux de prévention bucco-dentaire aux professionnels de santé, aux accompagnateurs sociaux et aux populations,
- réfléchir à l'élargissement du champ d'action du chirurgien-dentiste en matière de prévention (au cabinet dentaire voir hors de celui-ci)
- renforcer la prise en charge des actes prophylactiques et peu invasifs dans la lignée de la démarche des réformes du 100 % santé et du dispositif génération sans carie,
- développer la prévention quaternaire,
- réfléchir à un positionnement d'actions de promotion de la santé bucco-dentaire dans des plans stratégiques identifiés.

¹⁴⁵ WIDMER, D., HERZIG, L. Prévention quaternaire : agir est-il toujours justifié en médecine de famille ?, Rev Med Suisse, 2014/430 (Vol.10), p. 1052–1056. DOI: 10.53738/REVMED.2014.10.430.1052. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-430/prevention-quaternaire-agir-est-il-toujours-justifie-en-medecine-de-famille>

¹⁴⁶ DAC 34. Dispositif d'appui à la coordination. Hérault. Programme Montpellier santé orale (MSO). Disponible sur : <https://www.dac34.com/actualites/programme-montpellier-sante-orale-mso>

¹⁴⁷ Chaire UNESCO. Éducatons et santé. Kidouli, un dispositif intersectoriel innovant au service de la santé-bucco-dentaire des enfants. Disponible sur : <https://chaireunesco-es.org/2022/07/12/les-kidouli-un-dispositif-intersectoriel-innovant-au-service-de-la-sante-bucco-dentaire-des-enfants/>

¹⁴⁸ Santé pour tous. L'agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie. Disponible sur : [https://www.santepourtous.nc/vers-espace-pro/mes-dents-ma-sante/presentation#:~:text=Le%20programme%20C2%AB%20Mes%20Dents%20Ma,personnes%20d%C3%A9pendantes%20p%20de%20handicap\).](https://www.santepourtous.nc/vers-espace-pro/mes-dents-ma-sante/presentation#:~:text=Le%20programme%20C2%AB%20Mes%20Dents%20Ma,personnes%20d%C3%A9pendantes%20p%20de%20handicap).)

IV. Les acteurs de la santé publique orale

A. Rôle de l'État et acteurs de la santé publique orale

L'État joue un rôle central dans les orientations stratégiques et les décisions en santé publique. Il s'appuie pour cela sur ses propres services mais également sur des agences et des structures d'expertises ou des instances de la société civile (comme la CNS...). L'État intervient ainsi aussi bien sur la régulation des diplômes des professions de santé, les programmes pour obtenir ces diplômes, les programmes de recherche, les autorisations de mises sur le marché des médicaments et dispositifs de santé, la définition des maladies professionnelles, le niveau de pollution « autorisé » et ses impacts sur la santé. Les organismes qui jouent un rôle dans le champ de la santé publique sont très nombreux (Santé publique France, Haute Autorité de santé -HAS-, Haut Conseil de la santé publique -HCSP- CNS, etc.) et se coordonnent insuffisamment¹⁴⁹.

Dans le champ de la santé buccodentaire, parmi les interlocuteurs de l'état peuvent être cités l'Association des Acteurs en Santé Publique Bucco-dentaire (ASPBD), le Collège national des chirurgiens-dentistes universitaires en santé publique (CNCDUSP), l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD), les syndicats représentatifs comme les Chirurgiens-dentistes de France (CDF) et la Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL) et tous les autres syndicats tels le Syndicat des femmes chirurgiens-dentistes (SFCD), l'Union Dentaire (UD), sans oublier l'Association Dentaire Française (ADF) dont le congrès annuel représente un temps fort pour les professionnels, les associations d'usagers ou les représentants de réseaux de soins dentaires comme Santé orale soins spécifiques (SOSS)¹⁵⁰. Les URPS (unions régionales des professionnels de santé) jouent un rôle clé dans l'organisation de l'offre de soins, en facilitant le dialogue entre les professionnels et les autorités sanitaires. Il convient également de citer la Conférence des doyens d'odontologie¹⁵¹ avec le rôle de chaque faculté dans le développement social, sanitaire et économique d'un territoire au côté de la Conférence des chefs de service d'odontologie (universitaire et non universitaire) et de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes qui régit la profession.

L'ensemble des structures citées ci-dessus (liste non exhaustive) répondent bien souvent à un domaine d'intervention spécifique. De même, la communication n'est pas toujours optimale entre les différentes professions de santé, avec des parois invisibles parfois d'une grande complexité qui peuvent empêcher les professionnels de collaborer de manière fluide. Pour aller vers l'inter et la transdisciplinarité (notion développée plus loin dans ce rapport), cela suppose d'abattre les murs qui compartimentent notre système de santé et d'aller au-delà de l'entre-soi. Telle était l'une des « cibles » de « Ma santé 2022 »¹⁵² qui visait à favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé pour qu'ils puissent travailler ensemble et mieux coopérer au service de la santé des patients.

En résumé :

- des acteurs de première ligne en santé publique orale peu nombreux,
- un besoin d'inter et transdisciplinarité qui suppose plus de coordination entre organismes, institutions du champ buccodentaire mais aussi au-delà de celui-ci.

¹⁴⁹ DENIS F, RUSCH E. Lettre ouverte au président de la République : plaidoyer pour la santé publique. Sante Publique. 2022;34(2):165-167. French. PMID: 36216627. Disponible sur :

https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrkNnlVdpFnEAlAcxsk24IQ;_ylu=Y29sbwNpcjIcG9zAzMEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1738795861/RO=10/RU=https%3a%2f%2fstm.cairn.info%2frevue-sante-publique-2022-2-page-165%3flang%3dfr/RK=2/RS=0zA6bwvCIzqb7r4X3tMzcrPm1PU-

¹⁵⁰ Santé orale et soins spécifiques (SOSS) - Association française pour la santé orale des personnes à besoins spécifiques. Fédération des réseaux de type HANDIDENT. Disponible sur : <https://www.soss.fr/>

¹⁵¹ Conférences des doyens en odontologie. Disponible sur : <https://conferencedoyensodontologie.fr/home>

¹⁵² Ma santé 2022 : un engagement collectif. Consulté le 01.05.2024 sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/>

B. Projets régionaux de santé (2023-2028) en santé buccodentaire

Les projets régionaux de santé (PRS) sont des outils essentiels pour la planification et la mise en œuvre des politiques de santé au niveau régional. Ils sont pilotés par les Agences régionales de santé (ARS) dans les 13 régions de l'hexagone et 5 territoires outre-mer.¹⁵³ Leur processus de rédaction et de validation sont encadrés réglementairement¹⁵⁴. Le contenu est guidé par une Stratégie nationale dans le cadre du programme 2023-2028 qui s'inscrit dans le prolongement des 5 premières années du plan national adopté en 2018 (Ma Santé 2022).

Les PRS comprennent 3 éléments, le plus souvent composés de 3 documents :

- le Cadre d'orientation stratégique (COS) ;
- le schéma régional de santé (SRS),
- le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS).

Ainsi les régions appuient leurs orientations sur un diagnostic actualisé, le plus souvent réalisé par les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et un bilan de la 1ère étape du projet sur 2018-2023. Dans de nombreuses régions, les travaux du Conseil national de la refondation (CNR) en santé¹⁵⁵, lancés en 2022, sont venus percuter la démarche de participation et de contribution des acteurs locaux à l'élaboration des PRS.

Afin d'alimenter la réflexion du groupe de travail de la CNS sur la santé buccodentaire et d'évaluer la place qu'occupe la santé buccodentaire dans les PRS, il a été procédé à la recherche des occurrences des mots : « buccodentaire », « dentaire » et « dentiste » dans les documents constituant les PRS, disponibles sur les sites des ARS (accessibles au public). Une vérification complémentaire a été opérée avec le mot « carie », qui apparaît comme un des rares indicateurs révélant l'état de santé bucco-dentaire, notamment pour les enfants¹⁵⁶.

PREMIER CONSTAT

La santé buccodentaire occupe une place réduite dans les PRS dans le cadre des orientations stratégiques pour les 5 ans à venir :

- 6 régions ne parlent pas de « dentaire » dans leur cadre d'orientation stratégique,
- 2 régions positionnent uniquement le « dentiste » dans leur cadre stratégique pour évoquer les problématiques de l'offre de soins,
- 6 régions positionnent le « dentaire » dans leur cadre d'orientation stratégique à travers les questions d'offres et d'organisation des soins et des publics pour lesquels l'accès est difficile,
- 1 seule région a construit une fiche parcours priorisée dédiée à la santé buccodentaire dans ses orientations stratégiques (Ile-de-France)¹⁵⁷,
- 2 régions évoquent des données « carie » dans leur diagnostic ou bilan.

¹⁵³ Guadeloupe, St Martin et St Barthélemy ; Guyane ; Martinique ; Mayotte ; La Réunion

¹⁵⁴ Code de la santé publique. Section 1 : Projet régional de santé (Articles L. 1434-1 à L. 1434-7), disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000020891619/2022-02-23/

¹⁵⁵ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES. Conseil national de la refondation (CNR) – Santé. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/grands-dossiers/conseil-national-de-la-refondation-cnr-sante/>

¹⁵⁶ Recherche réalisée par M. Roland WALGER, membre du collège 5 de la CNS, membre élu de la Commission permanente, représentant du Regroupement national des organisations gestionnaires des centres de santé (RNOGCS), dont il est le coordinateur.

¹⁵⁷ Agence régionale de santé Ile-de-France. Promouvoir une bonne santé bucco-dentaire - 2024. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/bucco-dentaire>

→ 1 région dispose d'une synthèse du PRS en « Facile à lire et à comprendre – FALC - (ARS de la Corse)¹⁵⁸.

La référence au « dentaire » apparaît dans les schémas régionaux et les PRAPS, où il s'agit de pointer les priorités et les actions à conduire. Le « dentaire » est rarement abordé pour lui-même, comme priorité d'action. Il apparaît, plus souvent, comme une des composantes de la santé à prendre en compte dans la prise en charge de certaines populations.

DEUXIÈME CONSTAT

La santé buccodentaire est abordée à travers 3 thématiques :

1. Les problèmes d'offre et d'organisation des soins

La question de l'offre, de la démographie et de l'organisation des soins sont abordées de manières différentes selon les régions : je ne comprends le lien entre « de manières différentes selon les régions » et la liste qui suit :

- la démographie vis-à-vis du déficit de chirurgiens-dentistes au regard de la densité nationale,
- la répartition hétérogène de l'offre sur les territoires au sein des régions,
- la question du renoncement aux soins évoquée sur certains territoires (notamment ultramarins) pour une part de la population en rapport à l'accessibilité et à la dimension financières,
- le problème de l'organisation des soins non programmés ou de la permanence des soins dentaires,
- le sujet « centre de santé dentaire » est abordé sous 2 aspects :
 - en termes de description de l'offre en format exercice coordonné,
 - en référence à la vigilance vis-à-vis des scandales Dentexia et Proxidentaire : la réintroduction de l'agrément pour ces structures avec activité dentaire est évoquée comme une action ARS pour assainir la situation,
- l'accès aux soins dentaires de groupes de population identifiés :
 - personnes en situation de handicap /de dépendance,
 - personnes âgées,
 - publics précaires – reçus dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS),
 - personnes détenues,
 - enfants-adolescents.

2. Les populations cibles

Au-delà du sujet de l'offre de soins qui, par « nature », s'adresse à toutes les populations, des groupes de population en grande difficulté dans l'accès aux soins ou déterminés comme des cibles prioritaires des actions de prévention sont cités : ci-dessous, dans les formulations, ce ne sont pas des populations, ni toujours des actions :

- l'hygiène buccodentaire comme une composante à développer dans le plan des 1 000 premiers jours s'adressant aux jeunes enfants et leurs parents, dans 5 régions ;

¹⁵⁸ Agence régionale de santé de Corse. Le Projet régional de santé de Corse (2023-2028). Disponible sur : <https://www.corse.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-de-corse-2023-2028>

- dans le prolongement de cette approche, 2 régions seulement évoquent le suivi et l'utilisation des indicateurs du dispositif M'T dents pour poursuivre l'action préventive et en avoir une évaluation ;
- les publics « personnes âgées dépendantes » et « personnes en situation de handicap » font l'objet de priorités à l'action dans toutes les régions. Les lieux de tenue de ces actions sont, plus souvent, des établissements médico-sociaux (accueillant des personnes en situation de handicap et EHPAD) ;
- les publics précaires sont également omniprésents (le PRAPS est dédié à ce « groupe » de population). La précarité y est déterminée par le niveau socio-économique. L'action spécifique est associée aux PASS (Permanence d'accès aux soins de santé), le plus souvent à l'hôpital et avec un déploiement en ville. Parmi les publics précaires, les jeunes sont identifiés comme cible d'action par certaines régions ;
- les personnes âgées (hors dépendance dans un souci de prévention) sont l'objet d'attention dans 3 régions, notamment sur l'état buccodentaire accompagnant un bilan de santé plus global ;
- les personnes détenues constituent un groupe bien identifié avec des problématiques spécifiques d'accès à la prévention et aux soins qui en font une priorité dans 7 régions ;
- parmi les autres publics spécifiques cités dans au moins 1 région : personnes présentant une ou plusieurs addictions, « Gens du voyage », personnes diabétiques et celles victimes de violences.

3. Les actions types

Les actions faisant l'objet d'une priorisation peuvent être regroupées. Certaines d'entre elles peuvent être privilégiées pour certains groupes de population :

- les PASS constituent une des réponses la plus fréquente et développée pour aider les populations les plus précaires dans leur accès aux droits et aux soins. Ces permanences d'abord opérationnelles en milieu hospitalier sont liées physiquement à ces entités. 11 régions positionnent le dentaire comme devant faire partie des soins auxquels ces PASS donnent accès. La spécialisation de « PASS dentaire » apparaît comme une réponse à la nature des besoins. Dans la description des projets, le développement et le fonctionnement de ces PASS reposent sur l'engagement des professionnels de ville ou sont implantées au sein d'hôpitaux (les annuaires sont mis à disposition sur les sites des ARS¹⁵⁹, des coordinations régionales ou des CHU ¹⁶⁰). Le modèle PASS de ville apparaît sur certains territoires (PACA par exemple¹⁶¹) comme en capacité d'associer une offre dentaire de ville ;
- le « bus »¹⁶² : ce support de mobilité est placé au rang de priorité dans 4 régions :
 - 3 régions le déploient comme un support à l'offre de soins, notamment en direction des EHPAD et des établissements pour personnes en situation de handicap ;
 - 1 région en fait un vecteur de la prévention secondaire (dépistage) ;
- le « aller-vers » est rapproché de la mobilité acquise avec le bus, ce principe d'action en direction de publics éloignés des soins dentaires est mis en avant sur certains territoires (Guyane, Mayotte, par exemple) et auprès de certains publics. Pour alimenter cet « aller-vers », 4 régions mettent en place des actions et travaux en direction des acteurs de santé pour les sensibiliser à la santé buccodentaire de leurs résidents ou patients...

¹⁵⁹ Agence régionale de santé Grand Est. Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et accès aux droits pour les patients en situation de précarité - 2024. Disponible sur : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/les-permanences-daccès-aux-soins-de-sante-pass-et-acces-aux-droits-pour-les-patients-en-situation>

¹⁶⁰ CHRU Hôpitaux de Tours. Permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Disponible sur : <https://www.chu-tours.fr/etre-soigne-et-rendre-visite-a-un-patient/joindre-le-chru/liste-des-services/permanence-daccès-aux-soins-de-sante-pass/>

¹⁶¹ La PASS de ville de Marseille. Disponible sur : <https://lapassdevillemarseille.fr/>

¹⁶² Actions « d'aller vers » : bus social dentaire, bucco-bus, unités mobiles, etc.

- la prévention : elle ne fait pas l'objet de retour d'évaluation des actions sur les territoires à l'échelle des documents du PRS. Une série de « mots » illustre la nature des actions de prévention mises en avant par les acteurs des territoires :
- dépistage,
 - parcours,
 - accompagnement,
 - M'T dents : le dispositif M'T dents est associé exclusivement aux enfants et aux jeunes, les autres modes d'action sont indifféremment utilisés pour expliquer la nature de la démarche entreprise auprès des publics ciblés (vus plus haut), le dentaire est cité dans 2 schémas régionaux (Auvergne-Rhône-Alpes et Occitanie) comme une composante de la lutte contre l'antibiorésistance.

DERNIER CONSTAT

La santé buccodentaire dans les régions n'a pas d'orientation globale sur laquelle s'appuyer :

Autrement dit, il n'y a pas de stratégie globale de santé publique buccodentaire qui ait pu être identifiée dans les PRS.

Les publics cibles de l'action sur la santé buccodentaire sont bien identifiés et la priorité pour eux est : l'accès aux soins et à la prévention. La seule cohérence inter-régionale se retrouve dans ces actions. En revanche, la prévention auprès de l'ensemble de la population pour conserver une bonne santé buccodentaire est absente des projets.

La description de l'état des lieux et la nature des actions consignées dans les PRS montrent que l'évaluation de ce qui a été entrepris n'est pas exploitable au niveau régional. Les évaluations ne concernent que des actions ponctuelles qui ne sont pas systématiquement généralisables.

La capacité à répondre aux besoins est questionnée par les difficultés liées à l'offre de soins et à son organisation : cette réalité crée des « trous » dans l'accès des publics cibles et n'arrive pas non plus à absorber le « renoncement » aux soins d'une part de la population non « précarisée ».

En résumé :

Une absence pathognomonique¹⁶³ de la santé bucco-dentaire dans les PRS et dans la Stratégie nationale de santé :

- aucune stratégie globale en santé publique buccodentaire identifiée dans les PRS,
- la santé buccodentaire occupe une place réduite dans les orientations stratégiques pour les 5 ans à venir, se limitant souvent aux questions de démographie professionnelle,
- la santé buccodentaire est abordée à travers 3 thématiques : les problèmes d'offre et d'organisation des soins, les populations cibles, les actions types.

V. Les usagers dans le système de santé buccodentaire

Démocratie en santé et droits des usagers

La démocratie en santé recouvre la promotion des droits individuels et collectifs des usagers ainsi que la démarche visant à associer les acteurs du système de santé et les populations à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé¹⁶⁴. En effet, les parties

¹⁶³ DICTIONNAIRE DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE. Disponible sur : <https://dictionnaire-academie.fr/article/A9P0961>

¹⁶⁴ CNS. La démocratie en santé : une urgence de santé publique – 11 recommandations pour l'avenir de la démocratie en santé. Rapport 2022. Disponible sur : https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/286347_0.pdf

prenantes détiennent une expertise d'usage vis-à-vis des mesures envisagées dans le cadre des politiques de santé. Une démocratie en santé mobilisée, aux différents niveaux territoriaux, du local au national, est le levier d'un « agir ensemble » et la condition indispensable de décisions efficaces, efficientes et éthiques. A titre d'exemple, l'enjeu de la participation est au cœur de la promotion de la santé.

Dans le cabinet dentaire, le patient se retrouve souvent en asymétrie d'information car il délègue au chirurgien-dentiste son pouvoir de décision. De fait, ce dernier est le plus à même de proposer les soins les plus appropriés. Le chirurgien-dentiste peut profiter, dans cette situation, de son avantage en termes d'information pour développer son activité au-delà de ce qui est requis par l'état de santé du patient, surtout dans un système de rémunération à l'acte. Le droit des usagers à un 2^{ème} avis médical devrait être proposé systématiquement par les professionnels de santé, comme la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé¹⁶⁵ le prévoit.

Face à la croissance des dépenses de santé, il existe une pression publique, tant en faveur d'une régulation des dépenses, qu'en faveur de soins de meilleure qualité accessibles à toutes et tous. En matière de santé buccodentaire, une régulation des dépenses passe par des incitations décentralisées reposant sur l'idée de responsabiliser ou d'intéresser les chirurgiens-dentistes et les patients aux coûts qu'ils engendrent et aux économies qu'ils peuvent faire faire à l'Assurance maladie.

En pratique, la participation « citoyenne » et celle de la société civile ne se décrètent pas, elles se construisent. La Commission nationale du débat public (CNDP) dans le champ notamment de l'environnement, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) ainsi que la CNS, dans son rapport de 2022¹⁶⁴, ont formulé sur ce point diverses recommandations : la nécessité d'un recueil des plaintes et réclamations des personnes et de leurs proches permettant de tirer les leçons des incidents, dont les maltraitances, de manière collective ; aller vers une priorisation de l'usage des outils de la démocratie participative vers les populations les plus éloignées des services de santé, les plus en butte aux inégalités de santé pour donner corps à l'injonction fondatrice : « Rien pour nous sans nous » ; la construction d'un dispositif de représentation et de défense des droits des patients. L'Ordre des chirurgiens-dentistes joue un rôle essentiel dans le traitement des plaintes déposées contre les chirurgiens-dentistes. Toute personne, qu'il s'agisse d'un patient mécontent, d'un autre chirurgien-dentiste, d'une administration, d'un organisme de service public ou même d'une association, peut déposer une plainte à l'encontre d'un chirurgien-dentiste. Il n'y a pas de délai spécifique pour saisir l'Ordre, et aucune prescription légale ne s'applique dans ce cas.

Toutefois, en regard du scandale « Dentexia » et des 3 000 victimes impactées par des soins mal réalisés ou non terminés, cela impose de revoir les dispositifs de vigilance de satisfactions et de qualités des soins buccodentaires dispensés. Le scandale « Dentexia », avec, sous-jacente, la question de la financiarisation de la santé buccodentaire, interroge sur la déontologie des professionnels impliqués dans ces pratiques et ne sont pas sans créer des tensions éthiques dans la façon de dispenser les soins buccodentaires¹⁶⁶.

De la participation « citoyenne » à la « co-construction »

La participation « citoyenne » ne va pas sans la notion de « co-construction ». Dans le monde de la santé (incluant au sens large le champ sanitaire, médicosocial et social), il faut concevoir cette notion comme « un processus institué de participation ouverte et organisée d'une pluralité

¹⁶⁵ LÉGIFRANCE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. DISPONIBLE SUR : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000227015>

¹⁶⁶ La Dent Bleue. Scandale DENTEXIA, 5 ans après : dans les oubliettes de la justice ? Disponible sur : <https://ladentbleue.org/scandale-dentexia-5-ans-apres-dans-les-oubliettes-de-la-justice/>

d'acteurs à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de l'action publique »¹⁶⁷. Dans ce cadre, la co-construction tente d'apporter des réponses aux limites de la démocratie représentative parlementaire et au monopole des pouvoirs publics sur la définition de l'intérêt général. Elle permettrait de tenir compte des problèmes soulevés, mais également des solutions proposées par les acteurs non institutionnels, comme les instances de représentation des usagers. Ce paradigme semble de plus en plus s'imposer dans les discours sur les pratiques. Même s'il existe des commissions au sein des institutions¹⁶⁸, des efforts restent à faire en termes de représentativité.

Cependant, la reconnaissance légale de la co-construction dans les politiques publiques est encore assez faible et présente certaines limites :

- elle implique rarement une codécision, dans la mesure où les budgets nécessaires pour engager un plan d'action dans ce cadre relèvent généralement d'un vote par une instance représentative et souveraine où siègent des élus ¹⁶⁹ ;
- elle va rarement jusqu'à une cogestion de l'argent public ;
- elle implique une symétrie des connaissances. Or les professionnels ont des connaissances spécialisées dans leur domaine, tandis que les usagers disposent d'un savoir issu de leur expérience. Cela peut créer un déséquilibre dans la prise de décisions, les professionnels pouvant être tentés d'influencer davantage les choix. La recherche d'un consensus peut être difficile, surtout lorsque les valeurs et les priorités diffèrent. La littératie en santé buccodentaire serait à développer dans notre société ;
- elle impose une communication efficace entre professionnels et usagers pour une codécision efficace. Si la communication est insuffisante ou inadaptée, cela peut entraver le processus. Le droit à une information complète accessible n'est pas toujours respecté par les chirurgiens-dentistes.

En résumé :

→ aller vers un changement de paradigme dans le pilotage de la politique de santé buccodentaire : « Rien pour nous sans nous »

VI. Inter/ transdisciplinarité et approche globale en médecine buccodentaire : une évolution culturelle en marche

L'interdisciplinarité

L'interdisciplinarité se concrétise lorsque des spécialistes issus d'au moins 2 professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres, au sens d'une collaboration effective qui améliore les résultats en matière de santé. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST », encourage cette approche en favorisant les partenariats et les échanges entre les professionnels de santé¹⁷⁰.

¹⁶⁷ AKRICH M. « Co-construction ». Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la Participation, DicoPart, édité par Ilaria CASILLO et al., 1ère édition, GIS Démocratie et Participation, 2013. Disponible sur : <https://www.dicopart.fr/co-construction>

¹⁶⁸ ONCD. Rapport de la commission d'évaluation des pratiques de refus de soins 2022. Disponible sur : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/presse/rapport-de-la-commission-devaluation-des-pratiques-de-refus-de-soins-2022>

¹⁶⁹ BACQUE MH, MECHMACHE M. Citoyenneté et pouvoir d'agir dans les quartiers populaires : Pour une réforme radicale de la politique de la ville. Rapport au ministre délégué à la Ville. [Visité le 02/02/2023]. En ligne : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/134000430.pdf

¹⁷⁰ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Consulté le 30.04.2024 sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000020879475>

La transdisciplinarité

La transdisciplinarité va encore plus loin en demandant une intégration des savoirs au-delà des frontières disciplinaires. Elle vise à créer des synergies entre différentes disciplines pour résoudre des problèmes complexes. Bien que la loi « HPST » ne mentionne pas explicitement la transdisciplinarité, elle encourage néanmoins une approche globale et coordonnée de la santé, impliquant divers acteurs et domaines.

L'approche par déterminants communs

La consommation de tabac et/ou d'alcool ont des effets directs sur la bouche. Une alimentation riche en sucres est l'une des causes conduisant à l'obésité comme aux caries dentaires. L'obésité peut elle-même entraîner des complications graves, telles que les maladies cardio-vasculaires et le diabète de type 2. Dans ce contexte, la prévention de l'obésité et la prévention de la carie dentaire sont des combats qui peuvent être menés en parallèle par le biais d'un facteur risque commun : la nutrition. Cette approche au travers de ce déterminant de la santé est en parfaite cohérence avec les recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS)¹⁷¹. Elle est pourtant peu promue dans les campagnes de prévention/promotion de la santé qui intègrent rarement des objectifs explicites en santé buccodentaire. Cette approche par déterminants communs paraît particulièrement adaptée pour ce qui concerne les déterminants commerciaux de la santé buccodentaire.

VII. La financiarisation de la santé buccodentaire : éviter les pièges

Les soins dentaires en ville sont soumis à une logique de « marché »

La pratique des chirurgiens-dentistes en ville relève majoritairement d'un exercice libéral et mixte (84,7 %) et salariés hors hospitaliers (15,3 %) ⁸⁰. Il s'agit d'une profession médicale où les méthodes de travail et les protocoles de soins ne cessent d'évoluer en raison d'importantes avancées technologiques. Les normes imposées aux chirurgiens-dentistes se sont multipliées et complexifiées, en matière de fabrication de prothèses dentaires, d'alliages ou produits de soins dentaires conformes aux normes européennes, mais aussi de gestion des déchets, de stérilisation des dispositifs médicaux et de tarification. Cette normalisation touche également la gestion des ressources des cabinets dentaires afin de garantir la sécurité des soins, de bonnes conditions d'hygiène et d'asepsie et la protection des personnels et, désormais, les normes environnementales. L'intégration de réglementations et de normes professionnelles qui s'entrelacent est source de coûts cachés parfois élevés. Dans ce contexte, la rémunération de certains actes de la nomenclature est parfois insuffisante pour permettre à une pratique professionnelle individuelle, qui nécessite de réaliser les investissements technologiques toujours plus importants, de satisfaire les exigences en termes de normes de qualité. En outre, pour un exercice en cabinet isolé, la nomenclature n'atteint parfois tout simplement pas un niveau suffisant de rémunération individuelle compatible avec de nouvelles attentes d'équilibre entre vie personnelle et professionnelle. Cela peut contribuer à augmenter le volume des soins par des stratégies visant à optimiser les actes réalisés, par leur codage au détriment de la pertinence, voire également à privilégier des actes « rentables » avec comme corollaire, parfois, des refus de soins illégitimes^{172 173 174}.

¹⁷¹ PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ 2019-2023. Consulté le 30.04.2024 sur <https://www.reseau-national-nutrition-sante.fr/UserFiles/File/s-informer/textes-de-reference/pnns4-reseau-national-nutrition-sante.pdf>.

¹⁷² LÉGIFRANCE. Code de la santé publique. Article D. 4122-4-2. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000034098783>

¹⁷³ DÉFENSEUR DES DROITS. RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Étude - Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales. Disponible sur : <https://www.defenseurdesdroits.fr/etude-les-refus-de-soins-discriminatoires-tests-dans-trois-specialites-medicales-363>

¹⁷⁴ ONCD. Rapport de la commission d'évaluation des pratiques de refus de soins 2022. Disponible sur : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/presse/rapport-de-la-commission-devaluation-des-pratiques-de-refus-de-soins-2022/>

La rationalisation des dépenses, l'optimisation des recettes, la standardisation des pratiques, les choix d'investissement dans certaines techniques peuvent heurter des logiques professionnelles largement construites autour de la promotion d'un modèle libéral associé aux principes professionnels d'égalité entre pairs et de pratiques individualisées, dépourvu de principes hiérarchiques extérieurs à la profession. Désormais, les professionnels de santé se trouvent intégrés dans une organisation commerciale et financière, sur laquelle ils perdent du contrôle, au détriment des valeurs d'autonomie, de collégialité et de responsabilité individuelle attachée au modèle professionnel¹⁷⁵. Ces mécanismes financiers influent directement sur la gestion du cabinet dentaire, des centres de santé et des services hospitaliers et, donc, sur l'activité des professionnels. Son modèle économique en devient de plus en plus dépendant et cela impacte les tarifs du « marché », où la « liberté » de tarification sur certains actes et types de soins pousse l'utilisateur/consommateur dans une logique commerciale de recherche du meilleur rapport qualité/prix.

Dans ce contexte, une série d'opérateurs financiers ont investi en détournant le statut des centres de santé. En 2024, la France compte 1 500 centres de santé avec activité de soins dentaires. Les centres de santé sont des services de proximité qui ont pour mission de donner l'accès aux soins et à la santé de toutes et tous sur leurs territoires. Ces structures d'exercice coordonné ont diverses typologies. Ils peuvent être mono-catégoriel ou interprofessionnels (centres de santé infirmiers -CSI-), centres de santé dentaires, centres de santé médicaux ou polyvalents avec ou sans activité de médecine de spécialités), mais toujours pluriprofessionnels. Ils peuvent aussi avoir des activités en direction de publics spécifiques dans un esprit d'accessibilité aux droits à la santé. Ils sont ouverts à toutes et tous et accueillent leur patientèle en secteur 1, sans dépassement d'honoraires et pratiquent le tiers payant, le plus souvent intégral (89 %). Ce sont des équipements sanitaires sans but lucratif animés par une équipe pluridisciplinaire de salariés. Ils mènent des activités de prévention, de diagnostic et de soins autour d'un projet de santé.

Ces structures sont gérées par des acteurs en responsabilité territoriale pour satisfaire l'accès aux soins. Ils ont une « personne morale » à but non lucratif de type mutuelles, associations, collectivités territoriales, régimes de sécurité sociale ou encore établissements de santé. Les centres de santé sont régis par une convention qui leur est propre (tout en appliquant la même nomenclature et les mêmes actes que l'ensemble des professionnels de santé. Pour faire face aux défis des inégalités d'accès aux soins le modèle économique de ces structures est fragile. Les ressources principalement basées sur les actes réalisés au tarif conventionnel ne couvrent pas les charges de structure. Une étude réalisée en 2023 par les organisations gestionnaires¹⁷⁶ montre que 3 structures sur 4 n'arrivent pas à équilibrer leur compte. Un opérateur comme la Croix Rouge a dû renoncer en Ile de France au maintien de centres de santé répondant pourtant à des besoins pressants. Dans ces conditions, les acteurs engagés sont limités dans le développement de réponses auprès des populations précarisées, sur des territoires également en difficulté. Ces structures sont pourtant des lieux essentiels d'une prise en soins coordonnée autour des patients.

Dans le même temps, le nombre de centres de santé a presque doublé en seulement 5 ans puisque 37 % des centres actuels ont vu le jour après le 1er janvier 2020. Ce développement rapide constaté notamment pour les activités dentaires et ophtalmologiques est la marque de l'investissement massif dans ces structures de « nouveaux opérateurs ». Ils avancent par la constitution de réseaux d'associations rattachés à l'investisseur principal sous différentes

¹⁷⁵ NOLTE TN, MIEDANER, F SÜLZ S. Physicians' Perspectives Regarding Private Equity Transactions in Outpatient Health Care—A Scoping Review and Qualitative Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 15480. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315480>.

¹⁷⁶ FNCS. Étude RNOGCS – ACE Santé 2023. Nouvelle étude sur le modèle économique des centres de santé. Disponible sur : <https://www.fnsc.org/nouvelle-etude-sur-le-modele-economique-des-centres-de-sante>

modalités. Ces réseaux de centres dentaires varient en taille, allant de 2 à 3 centres pour les plus petits jusqu'à une centaine pour Dentego, par exemple¹⁷⁷. Ces nouveaux centres « associatifs » sont majoritairement situés en Île-de-France (44 %) et dans les grandes villes.

Pour le 100 % santé, l'Assurance maladie, et encore plus les organismes complémentaires santé depuis le dispositif « 100 % santé », solvabilisent une grande partie de l'activité de soins prothétiques avec les paniers à tarifs limités ou maîtrisés ou le panier de soins « CSS ». Cela laisse sur d'autres actes du panier à tarif libre ou non remboursables, comme l'implantologie, la capacité pour les chirurgiens-dentistes de fixer leurs propres prix. Ce sont, bien sûr, sur ces derniers que les centres dentaires associatifs essaient de se différencier grâce à des tarifs compétitifs sur une tranche de marché du « low-cost » ou du « moindre coût ». En 2023, 1 266 centres de santé ont une activité uniquement dentaire, environ 300 centres de santé médicaux polyvalents ont une activité dentaire. Ils représentent 19 % des chirurgiens-dentistes en exercice.

Sur un « marché » dentaire estimé à environ 15 milliards d'euros, les centres de santé occupent une part de marché d'environ 15 % des soins remboursés en 2023⁸⁰. La mise en place du RAC 0 s'est traduite par l'égalisation des conditions tarifaires d'une partie des soins prothétiques, cela influe sur le modèle économique du « moindre coût ». Parmi les stratégies de marché, des techniques commerciales sont mises en œuvre : adopter une stratégie prix/volume agressive pour les actes à tarification libre, en s'appuyant sur un effet taille, en misant sur la différenciation marketing, en jouant la carte de la localisation géographique (centre-ville vs périphérie) ou de l'approvisionnement, du « sourcing » (fabrication origine France garantie, diversité de choix de prothèses...). D'autres techniques éthiquement et socialement plus discutables sont également déployées comme la sélection des patients (pas de rendez-vous pour les enfants), plan de financement avec le plan de traitement, fraude à la facturation et d'autres plus répréhensibles parce qu'illégales ou portant atteinte à l'intégrité physique des personnes qui ont fait l'objet d'affaires (procédures administrative, pénale et/ou civile ...). Le mécanisme financier à l'œuvre est porteur du risque de dérive.

Plusieurs années après l'affaire Dentexia (2016), c'est au tour de la chaîne Proxidentaire de faire scandale (2021). Le constat a été fait en 2021, par les pouvoirs publics, que les outils de contrôle et de sanction ne suffisaient pas à prévenir ces dérapages délétères pour la santé des patients.

Pour faire face à ces situations dommageables pour les patients, une première série de mesures a été prise dans le cadre conventionnel par la signature d'un avenant à la Convention des centres de santé renforçant fortement les sanctions et précisant les procédures. Les effets de l'application de ces mesures figurant dans la loi 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022¹⁷⁸ se voient aujourd'hui, à travers les actions de lutte contre les fraudes.

L'Assurance maladie a engagé depuis janvier 2023 48 procédures de sanctions conventionnelles à l'encontre de gestionnaires de centres de santé dentaires ou ophtalmologiques. Les sanctions prises à l'unanimité des représentants des caisses d'assurance maladie et des gestionnaires représentatifs sont allées jusqu'à la « peine » maximale (c'est-à-dire le déconventionnement) pendant une période de 5 ans¹⁷⁹.

¹⁷⁷ MAISONS ET PÔLES DE SANTÉ. Quid du marché des centres dentaires. – 2022 – Disponible sur : <https://www.maisons-et-poles-de-sante.com/professionnels-2059/quid-du-marche-des-centres-dentaires-a45472.htm>

¹⁷⁸ LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044553428>

¹⁷⁹ ASSURANCE MALADIE. Lutte contre les fraudes : l'Assurance maladie annonce le nouveau déconventionnement de 10 centres de santé dentaires. Consulté le 03.05.2024 sur : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-04-23-cp-deconventionnement-10-centres>

En complément, la loi n° 2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé¹⁸⁰ dite « loi KHATTABI »¹⁸¹ prévoit des dispositions particulières pour les centres avec activités dentaires et/ou ophtalmologiques, pour vérifier l'absence de liens d'intérêts dans les gouvernances des structures, renforçant le contrôle des diplômes et des contrats de travail des dentistes, réintroduisant un agrément pour l'ouverture et le fonctionnement et instituant des modalités d'alerte des ARS, en responsabilisant les dentistes sur les déviances qui pourraient survenir au quotidien dans la conduite de leurs activités.

Ces mesures concernant les activités dentaires, en particulier, ont vocation à bloquer les opérateurs peu scrupuleux. Elles devront montrer dans le temps leurs effets par l'engagement des pouvoirs publics. En revanche, les organisations engagées dans l'accès aux soins des publics fragiles et dans les territoires fragilisés doivent aussi être mieux soutenus et encouragés à développer leurs actions. Le projet « MAKADENT » (centre municipal de santé d'IVRY sur Seine et l'Hôpital Charles Foix), présentés au 63^{ème} congrès des centres de santé (les 10 et 11 octobre 2024), illustre, par exemple, la capacité mobilisatrice d'acteurs coordonnés pour créer une chaîne de santé orale entre la prévention en milieu scolaire et le soin jusqu'en milieu hospitalier.

La place de la pratique hospitalière dans ce contexte

L'hôpital public apparaît en marge de ce mouvement de financiarisation. Pourtant l'équilibre économique des services hospitaliers universitaires des facultés d'odontologie et de certains services d'odontologie de centres hospitaliers périphériques est loin d'être assuré. Ils sont, pour la plupart, en déficit. Ce déficit est à rapprocher de la sous-valorisation historique de la rémunération de l'activité de l'odontologie publique mais aussi à d'autres causes :

- les hôpitaux publics souffrent souvent d'une infrastructure insuffisante pour répondre à la demande croissante en soins odontologiques. Cela inclut un manque en matériel moderne dans les services hospitaliers, ce qui limite la capacité d'accueil des patients¹⁸²,
- l'hospitalisation dentaire est coûteuse pour les soins spécialisés (personnes en situation de handicap, enfants...) et souffre d'un financement inadapté pour ce type de prise en charge. Cela nuit à son développement et à son accessibilité¹⁰⁶,
- les services hospitaliers sont souvent perçus comme étant d'accès compliqué en raison de délais d'attente longs, de la complexité des démarches administratives ou du manque d'informations claires. De plus, la prise en charge en odontologie hospitalière reste souvent réservée à des cas spécifiques (chirurgies orales complexes, soins dentaires pour patients hospitalisés), ce qui peut limiter l'accès aux soins pour un public plus large,
- avec le vieillissement de la population, la demande en soins dentaires hospitaliers augmente. Les hôpitaux peinent à s'adapter à cette augmentation des besoins, surtout dans le contexte de soins de longue durée ou de soins aux patients fragilisés.

Ces problèmes sont exacerbés par l'organisation hospitalière qui ne priorise pas toujours les soins buccodentaires, dans un contexte financier globalement sous tension¹⁸³.

¹⁸⁰ Loi n° 2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé (1) - Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561943>

¹⁸¹ Texte n° 361 de Mmes Fadila KHATTABI et Aurore BERGÉ, déposé à l'Assemblée Nationale le 18 octobre 2022, Ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et des familles, chargée des personnes handicapées, de juillet 2023 à janvier 2024 et Ministre déléguée auprès de la ministre du travail, de la santé et des solidarités, chargée des personnes âgées et des personnes handicapées, de février à septembre 2024

¹⁸² HERVY P. Enquête sur la qualité et sécurité des soins dans les services d'odontologie hospitalo-universitaire en France - Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en chirurgie dentaire. 2024. Université de Nantes. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04638809/document>

¹⁸³ LE MONDE. Crise de l'hôpital : le déficit des CHU a triplé en un an. Le Monde avec l'AFP – 2024 - Disponible sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/01/29/crise-de-l-hopital-le-deficit-des-chu-a-triple-en-un-an_6213719_3224.html

Les risques et tendances de la financiarisation à contrecarrer

Si l'on se réfère la vision « entrepreneuriale » du cabinet Xerfi Precepta du phénomène des centres de santé associatifs, les acteurs de la santé doivent réagir¹⁷⁷. En effet, la financiarisation constitue une rupture aux conséquences extrêmement concrètes. Elle change les formes de contrôle de l'activité et de ses dimensions économiques, en particulier en les déplaçant d'acteurs professionnels à des acteurs financiers ne relevant pas principalement d'espaces professionnels¹⁸⁴. Elle introduit, ce faisant, un principe de contrôle vertical et hiérarchique sur les pratiques professionnelles pouvant pousser, par exemple, les praticiens à augmenter leur productivité et générer toujours plus de revenus. Cela peut entraîner une surcharge de travail et une détérioration de la qualité des soins. Elle peut aussi entraîner des inégalités dans l'accès aux soins. Les investisseurs privés peuvent privilégier les zones géographiques rentables, laissant certaines régions sous-desservies. Cette évolution peut conduire à des décisions de traitement fondées sur la rentabilité, comme la prothèse ou l'implantologie plutôt que sur la prévention et les soins conservateurs. Ce système fait craindre une certaine vulnérabilité aux fluctuations économiques et aux intérêts des investisseurs.

L'évolution de soins dentaires dans le futur :

Selon le cabinet Xerfi Precepta, après son expansion qui devrait encore durer quelques années, le tissu de centres dentaires devrait se concentrer. En effet, les réseaux existant seront contraints de croître pour mutualiser encore davantage leurs coûts pour gagner en compétitivité tarifaire sur les actes relevant du panier à RAC modéré et de celui à tarifs libres face aux cabinets libéraux. Ensuite, la consolidation s'effectuera en premier lieu par des regroupements qui donneront naissance à des mini-réseaux. En outre, cette tendance sera favorisée par la disparition progressive du modèle traditionnel du cabinet dentaire avec un seul fauteuil et l'appétence des jeunes praticiens pour le salariat, sans oublier que de solides partenaires financiers sont au capital des grands réseaux de centres dentaires associatifs et en mesure de financer la consolidation de l'offre. Dans ce contexte, l'organisation de l'offre dentaire française pourrait bien connaître à terme le même sort que le secteur de la biologie médicale où les laboratoires exploitant un seul site ont pratiquement tous disparu au profit de vastes entités regroupant plusieurs laboratoires.

Dans ce contexte, la confiance dans les institutions incarnant la solidarité, qu'il s'agisse de l'Assurance maladie ou de l'État, peut être mise à mal devant les difficultés récurrentes d'accès aux soins ou face à des scandales associés à une recherche exacerbée de rentabilité financière au détriment de la qualité et de la sécurité de soins (affaire Médiateur, scandale ORPEA, affaires DENTEXIA et PROXIDENTAIRE, etc. Ces « évolutions » touchant la santé dentaire doivent être interrogées, notamment face au constat d'inégalités territoriales et sociales que nous avons largement exposé dans ce rapport.

En résumé :

- la financiarisation change les formes de régulation de l'activité, en les déplaçant d'acteurs professionnels à des acteurs financiers avec le risque de dérives et son corollaire, parfois, des refus de soins illégitimes,
 - des centres dentaires associatifs sont l'indicateur du déploiement de stratégie de financiarisation dans les soins dentaires ; ils doivent être mieux encadrés.
- La vigilance doit être accrue vers une logique de rationalisation des dépenses.

¹⁸⁴ ONCD. En finir avec la financiarisation de la santé. La Lettre n° 220. Mars 2025. Disponible sur : <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/wp-content/uploads/2025/02/ONCD-LA-LETTRE-220.pdf>

Recommandations

Les contributions, recueillies au cours des auditions menées durant 9 mois à l'occasion de ce travail, sont un témoignage tant des usagers que de professionnels de santé concernant l'accès aux soins et l'organisation du système de santé buccodentaire en général et, plus particulièrement, par/pour les personnes les plus éloignées du soin, de la prévention et de la santé.

Nous ne prétendons pas avoir couvert tous les champs des questions posées sur la santé buccodentaire, qui se révélaient de plus en plus vastes au fur et à mesure que progressait notre réflexion. Faute de temps, nous n'avons certainement pas épuisé le sujet. Il n'en reste pas moins que ces recommandations sont le résultat d'un travail assidu, sérieux et original.

Original, dans la mesure où les différents points de vue sont associés, en particulier ceux des usagers et des professionnels de la santé.

De ce travail, se dégagent 6 grands axes :

- reconnaître la santé orale comme partie intégrante du champ de la santé publique,
- inclure la santé orale dans le monde de la santé,
- définir une stratégie nationale de santé orale,
- faciliter et sécuriser l'accès aux soins pour toutes et tous,
- interroger le financement du système de santé,
- innover pour la santé orale avec des décisions éclairées.

Au total, 44 recommandations ont été élaborées dans une perspective opérationnelle afin de nourrir les réflexions de la Direction générale de la santé en vue d'une feuille de route « en santé buccodentaire », en soutenant qu'il ne peut y avoir de santé sans santé orale, comme nous y invite la Déclaration de Bangkok adoptée le 29 novembre 2024¹⁸⁵.

1. Reconnaître la santé orale dans le champ de la santé publique

1.1. Mieux apprécier la réalité de la santé orale

Recommandation 1 : mise en place d'un observatoire de la santé orale

OMS : Objectifs 5 : Systèmes d'information sur la santé orale

Protéger la santé orale de l'ensemble des populations passe par un travail construit et approfondi de connaissance et d'analyse des pratiques. Ces observations doivent être croisées avec la perception et le savoir des usagers.

Il est important d'améliorer les systèmes de veille et d'information sanitaires afin de fournir, en temps voulu, des renseignements sur la santé orale, utiles aux décideurs pour l'élaboration de politiques sur la base d'éléments probants. À ce titre, l'initiative de la création d'un observatoire de la santé orale mis en place par l'Institut Inter-Régions de Santé Orale peut être reprise et

¹⁸⁵ OMS. Déclaration de Bangkok – Pas de Santé sans Santé Bucco-Dentaire - Vers la Couverture Sanitaire Universelle pour la Santé Bucco-dentaire d'ici 2030. – 2024 - Disponible sur : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/mnd/oral-health/bangkok-declaration-oral-health-fr.pdf?sfvrsn=15957742_20&download=true

couplée au service de recueil d'informations de l'état (INSEE, ORS, ONDPS, UNCAM, UNOCAM, URPS, Ordre...), ainsi que les observatoires régionaux existants pour un pilotage national et en région en temps réel des politiques de santé. Ces informations seraient à croiser avec des enquêtes qualitatives des soins perçus par les usagers pour en augmenter la pertinence et affiner les politiques de santé au plus proche des besoins d'un bassin de vie.⁹² De plus, la crise COVID a montré qu'une meilleure coordination des recherches en médecine globale, humaine et vétérinaire, ainsi qu'en sciences humaines et sociales, est un facteur essentiel d'amélioration de la détection des signaux d'alerte. Il est important que des missions de veille et de sécurité sanitaire soient réalisées, dans une double logique de santé mondiale : santé globale (« Global Health ») et une seule santé (« One Health »), en évitant les cloisonnements dont la crise a montré les effets négatifs. Le projet de collecte et d'analyse des données de santé de l'Assurance maladie qui repose sur des outils comme le SNDS, l'intelligence artificielle et le Health Data Hub¹⁸⁶ s'inscrit dans cette perspective.

1.2. Remettre la santé orale dans le champ global de la santé

Recommandation 2 : mieux prendre en compte les déterminants structurels des pathologies buccodentaires

OMS : objectif 4 : soins buccodentaires

Les déterminants des pathologies bucco-dentaires ne sont pas suffisamment connus et partagés par les populations vivant en France et les actions publiques insuffisamment visibles. Cela conduit à des décalages dans la compréhension des comportements, usagers et professionnels se renvoyant la responsabilité dans un face à face de plus en plus tendu. Les difficultés d'accessibilité perçues ou vécues par les usagers viennent renforcer ces écarts.

Ce qui caractérise la « vulnérabilité en santé orale » est multiple et relève du champ social (pauvreté, précarité), territorial (rural, banlieues, villes), culturel mais aussi du champ médical ou de vie quotidienne (accessibilité pour les personnes à mobilité réduite, celles en situation de handicap sensoriel, mental ou cognitif..., perte d'autonomie et celles en situation d'obésité, phobie des soins, polyopathologies). Ces dimensions, souvent cumulées, sont inscrites dans des parcours de vie qui déterminent à la fois l'état de santé et l'accès au système de soins. Du point de vue des soignants, ceux-ci ressentent aussi le fait qu'ils supportent la quasi-totalité de la responsabilité de l'augmentation de l'incidence des caries et des conséquences sur la santé des populations et peuvent se sentir isolés face à des enjeux qui les dépassent aboutissant à un épuisement professionnel. Une asymétrie croissante est observée entre les injonctions à la performance individuelle et technique des soignants et les mesures structurelles faibles pour favoriser une approche transversale pour la promotion de la santé orale en considérant les déterminants environnementaux, sociaux, commerciaux, communs aux maladies chroniques et avec une démarche de réduction des risques (sucre, alcool, tabac) favorisant :

- l'amélioration de la qualité des produits de l'industrie agro-alimentaire en régulant l'utilisation excessive des sucres,
- l'accès à une alimentation saine plutôt que de faible valeur nutritive et de forte teneur en graisses ou en sucres, ou encore ultra-transformée,
- les liens entre les secteurs médicaux, médico-sociaux et éducatifs,
- la promotion de la formation interdisciplinaire des soignants (médecins, sage-femmes, orthophonistes, infirmiers diplômés d'État -IDE-, nutritionnistes etc.) en intégrant les patients enseignants, afin que l'éducation à la santé orale soit populationnelle.

¹⁸⁶ HEALTH DATA HUB. Disponible sur : <https://www.health-data-hub.fr/>

Une meilleure prise en charge des déterminants des pathologies buccodentaires par la mise en place de politiques favorables à la santé doit contribuer à réduire les besoins en santé buccodentaire des usagers et la charge en soins buccodentaires des professionnels.

Recommandation 3 : globaliser le concept du soin en prenant en compte les déterminants de la santé orale

OMS : objectif 4 : soins buccodentaires

Prendre soin de la bouche et des dents fait partie intégrante de la santé de chaque individu. Les usagers doivent pouvoir faire confiance aux professionnels du soin, quels qu'ils soient, pour une approche globale de leur santé au sein de laquelle la santé orale est entendue et prise en considération.

La globalisation du concept du soin, en prenant en compte les déterminants de la santé orale, implique une approche systémique et multidimensionnelle qui dépasse le cadre traditionnel de la simple gestion des maladies dentaires. Cette approche prend en compte une variété de facteurs influençant la santé orale en cherchant à promouvoir des solutions durables qui tiennent compte des divers contextes socio-économiques, culturels, politiques et environnementaux, comme :

- les déterminants sociaux de la santé orale, l'accès à l'éducation, les conditions de vie, le statut socio-économique, l'environnement de travail, etc.
- les modes de vie et les comportements, tels que la consommation excessive de sucres, de sodas qui est influencée par des facteurs culturels et économiques ; la consommation de tabac et d'autres substances psychoactives (SPa) dont l'alcool ;
- les disparités d'accès aux soins dentaires ;
- l'influence des perceptions culturelles en santé orale ;
- le manque d'intégration de la santé orale dans le monde de la santé ;
- l'accès aux avancées technologiques dans le domaine de la santé orale comme la télédentisterie et les outils de diagnostic améliorés dont l'intelligence artificielle (IA), peuvent aider à surmonter certaines barrières d'accès aux soins dans les régions soumises à des problématiques de démographie médicale ou dans les lieux de privation de libertés.

La globalisation du concept du soin bucco-dentaire requiert une approche intégrée, collaborative, pluri-partenaire en favorisant des politiques de prévention, en sensibilisant et en impliquant les populations à l'importance de la santé orale.

1.3. Expertise au cœur des institutions

Recommandation 4 : nommer un Délégué national interministériel à la santé orale avec des postes créés dans toutes les ARS

Le pilotage des politiques de santé bucco-dentaire est trop dispersé, laissant les usagers dans un rapport de gré à gré avec les professionnels du soin. Introduire un pilotage transverse et pluriel dans la conduite d'une **stratégie nationale de santé publique orale** est nécessaire.

La recherche de l'efficacité requiert que les actions soient coordonnées au regard des grands axes d'une stratégie nationale de la santé orale (cf. recommandation 6).

Il est aussi indispensable que les budgets soient pilotés, les actions hiérarchisées pour aller vers une prise en soin de qualité de tous les usagers, y compris ceux les plus éloignés du système de santé dans le cadre d'une feuille de route nationale. Ces actions doivent aussi être suivies dans le temps avec des indicateurs fiables et validés. C'est pourquoi nous préconisons un portage politique fort, pour éviter la dispersion des actions, par la nomination d'un Délégué national

interministériel à la santé orale avec création de postes au sein des ARS. Il serait chargé de coordonner la mise en œuvre de la feuille de route de la santé orale autour de 3 cibles clefs dans les populations et de 3 lieux de vie propices à la prévention et à la promotion de la santé :

- les jeunes au sein des écoles, établissements scolaires, et universités, des structures médico-sociales et sociales, y compris à leur domicile,
- les actifs en situation de handicap ou non : sur leur lieu de travail,
- les personnes âgées, les personnes non-actives professionnellement en situation de handicap ou non : sur leur lieu de vie,

Ce Délégué national interministériel à la santé orale devrait être à l'interface de la profession dentaire, des représentants des usagers et des ministères, susceptible de contribuer à la politique de santé orale dans toutes ses dimensions. Il devrait jouer un rôle de facilitateur et de garant de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé orale.

Les missions à confier au Délégué national interministériel à la santé orale :

- avoir des échanges réguliers avec les différents acteurs nationaux et territoriaux concernés par la santé orale, notamment les associations d'usagers du système de santé orale, les professionnels médicaux (libéraux et hospitaliers), paramédicaux, médico-sociaux et sociaux et leurs organisations représentatives, les fédérations d'organismes gestionnaires d'établissements de santé (publics et privés) et d'établissements et services médico-sociaux, les doyens et les conférences universitaires, les chefs des services hospitaliers d'odontologie et les conférences hospitalières, les administrations et organismes compétents tels que les services ministériels du travail, de l'enseignement supérieur et de la recherche, de l'éducation nationale, de l'enseignement agricole..., des personnes en situation de handicap, le régime obligatoire d'assurance maladie et les complémentaires santé ;
- apporter les éclairages requis pour la mise en œuvre de la stratégie nationale en faveur de la santé orale en contribuant à améliorer, soutenir et diffuser les connaissances scientifiques, les bonnes pratiques, les innovations et les modalités organisationnelles les plus efficaces ;
- coordonner la mise en œuvre de la stratégie en faveur de la santé orale et accompagner son déploiement dans les régions et les territoires, avec, en appui, les agences régionales de santé (ARS) par le biais de délégués relais nommés au sein des ARS qui travailleront à la transversalité avec les CPAM, la MSA, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), la CNS, les conseils territoriaux de santé (CTS) ;
- plus largement, assurer un plaidoyer pour la santé orale.

Recommandation 5 : créer un diplôme d'études supérieures (DES) en santé publique pour l'odontologie et de postes ad hoc pour aller vers une formation interdisciplinaire en santé publique

OMS : Objectif 1 : Gouvernance de la santé orale

La conduite et l'animation des stratégies jusque sur les territoires pour agir avec les usagers nécessitent des compétences et des profils formés à la santé publique.
--

Les questions de la santé orale occupent une place réduite dans la Stratégie nationale de santé (SNS), les projets régionaux de santé (PRS), qui constituent pourtant l'outil stratégique unifié de la politique régionale de santé) et, même dans les PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins), qui visent, eux, à favoriser l'accès aux droits et aux soins des plus

démunis, en complément des actions en faveur de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé figurant dans le Schéma régional de santé (SRS). Il n'y a donc pas d'orientation globale sur laquelle s'appuyer. C'est pourquoi il est important de pouvoir disposer d'interlocuteurs au sein des autorités nationales et régionales capables d'en comprendre les enjeux en termes de santé publique et d'en avoir une vision large inter et transdisciplinaire. Or, force est de constater qu'il n'existe pas de chirurgien-dentiste avec des compétences en santé publique en dehors des chirurgiens-dentistes universitaires (majoritairement en section CNU 56-02 : Prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale). Ces derniers sont peu sollicités par les ministères, les ARS ou les caisses primaires d'assurance maladie. Les questions de santé publique orale sont, d'ailleurs, le plus souvent traitées par des médecins, des pharmaciens ou des vétérinaires de santé publique et, possiblement, par les rares chirurgiens-dentistes occupant des postes au sein de ces instances mais dont le champ d'action reste limité. Les médecins, les pharmaciens ou les vétérinaires de santé publique n'ont pas une connaissance fine des problématiques propres à l'odontologie, ce qui est préjudiciable à la mise en œuvre et au suivi d'une politique de santé orale efficiente.

À l'image des diplômes d'études supérieures (DES) de santé publique de médecine et de pharmacie, il est fondamental de créer un DES en santé publique pour l'odontologie et d'ouvrir des postes afin de nommer ces futurs diplômés au sein des instances précitées. Il est important que la formation puisse être commune, ouverte à l'ensemble des professionnels de santé dont les chirurgiens-dentistes.

Ces chirurgiens-dentistes diplômés d'un DES de santé publique auraient pour missions :

- d'implanter et gérer des programmes de santé communautaire ainsi que des services et des mesures d'intervention d'ordre préventif et curatif destinés aux besoins de santé d'une population définie dans le prolongement de la politique fixée par la feuille de route santé orale, mise en œuvre par le Délégué national interministériel à la santé orale,
- d'être chargés de missions d'expertise, assurer des fonctions de conception (élaboration des programmes régionaux de santé par exemple), d'ingénierie de projet pour des missions de réorganisation de l'offre de soins, d'observation de l'état de santé d'une population ; d'évaluation des politiques régionales de santé. Ils pourraient en outre assurer des fonctions d'inspection et de contrôle des établissements de santé,
- d'exercer leurs missions en lien avec les autres professionnels des ARS (inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, ingénieurs, pharmaciens, praticiens conseils) et cadres de l'Assurance maladie,
- de se positionner légitimement au sein de chacune des 18 ARS pour, notamment, rééquilibrer la place de la santé orale lors des discussions des plans régionaux de santé, des PRAPS et des orientations stratégiques de la santé. Ils devraient également rééquilibrer la dimension préventive au regard de la dimension curative. Ils auraient aussi leur place au sein des caisses primaires d'assurance maladie, de la DGS, de la DGOS, et dans les échanges avec les acteurs institutionnels (préfets, élus, établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, directions ministérielles, secteur associatif). Ils auraient vocation à assurer des fonctions de conseils, de coordination, d'animation et d'accompagnement des différents acteurs locaux de santé et à développer des partenariats, notamment entre les établissements de santé ou médico-sociaux et les structures d'exercice coordonné (CPTS, MSP, centres de santé).

La réforme en cours du 3^{ème} cycle des études en odontologie devrait se saisir de cette problématique et construire une maquette susceptible de répondre à la formation de ces professionnels de santé.

2. La santé orale n'est pas à part dans le monde de la santé

2.1. La santé orale est l'affaire de tous (profession, institutions, patients/usagers)

Recommandation 6 : mettre avant de la santé buccodentaire dans la construction de la Stratégie nationale de santé, des projets régionaux de santé et de l'ensemble des plans et programmes de santé

OMS : Objectif 1 : Gouvernance de la santé buccodentaire

La construction et la caractérisation d'une stratégie permettront à tous les acteurs de se déterminer et de se retrouver, chacun à l'échelle du territoire qui l'engage, pour agir. Les instances de démocratie en santé avec la participation active des usagers sont les garantes de cette mise en pratique.

Le projet de nouvelle SNS 2023-2033 ne consacre pas une place suffisante à la santé orale¹⁸⁷.

Les ARS sont chargées du pilotage régional du système de santé. Chaque ARS élabore un PRS qui définit les objectifs et les actions à mener sur une période de 5 ans. Ce projet est élaboré en concertation avec divers acteurs locaux, y compris les préfets, les collectivités locales, ainsi que la CRSA. La Conférence régionale¹⁸⁸ joue un rôle consultatif important. Elle réunit des représentants des usagers, des professionnels de santé, des établissements de santé, des collectivités territoriales, et d'autres acteurs du secteur. La CRSA donne son avis sur le PRS et contribue à l'évaluation des politiques de santé mises en œuvre par l'ARS. Chaque ARS devrait intégrer une approche par les « MNT » et leurs facteurs de risques communs dans les PRS.

Cette approche doit aussi se retrouver dans tous les programmes nationaux et régionaux, que ce soit dans les feuilles de route, les stratégies, etc. :

- la nouvelle stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement : autisme, Dys, TDAH, TDI 2023-2027¹⁸⁹,
- psychiatrie/santé mentale,
- « Bien vieillir »¹⁹⁰,
- la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027¹⁹¹,
- « santé des populations » : les 1 000 premiers jours de l'enfant - Là où tout commence¹⁹², l'accès aux soins des personnes en situation de précarité, feuille de route « santé des personnes placées sous main de justice 2025-2028 »¹⁹³, santé des femmes¹⁹⁴,
- les antibiotiques : des médicaments essentiels à préserver¹⁹⁵,
- la stratégie de campagne vaccinale contre les HPV¹⁹⁶,

¹⁸⁷ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES. Stratégie nationale de santé 2023-2033 : ouverture d'une consultation publique en ligne. Disponible via : <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/strategie-nationale-de-sante-2023-2033-ouverture-d-une-consultation-publique-en>

¹⁸⁸ LÉGIFRANCE. Code de la santé publique. Article D1432-28. Disponible via :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000022047022/

¹⁸⁹ Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles : [Nouvelle stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement : autisme, Dys, TDAH, TDI | handicap.gouv.fr](https://www.handicap.gouv.fr/actualites/nouvelle-strategie-nationale-pour-les-troubles-du-neurodeveloppement-autisme-dys-tDAH-TDI-handicap-gouv-fr)

¹⁹⁰ Ministère des solidarités et des familles : [Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années – Stratégie « bien vieillir »](https://www.solidarites.gouv.fr/actualites/preparer-la-france-de-demain-ajouter-de-la-vie-aux-annees-strategie-bien-vieillir), Dossier de presse, Novembre 2023

¹⁹¹ [Le Gouvernement publie la stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 | MILDECA](https://www.mildeca.fr/actualites/le-gouvernement-publie-la-strategie-interministrielle-de-mobilisation-contre-les-conduites-addictives-2023-2027)

¹⁹² [1000-premiers-jours.fr/fr](https://www.1000-premiers-jours.fr/fr)

¹⁹³ [Feuille de route Santé des personnes placées sous main de justice 2025-2028 | MILDECA](https://www.mildeca.fr/actualites/feuille-de-route-santé-des-personnes-placées-sous-main-de-justice-2025-2028)

¹⁹⁴ [La santé des femmes - Toutes et tous égaux | info.gouv.fr](https://www.info.gouv.fr/actualites/la-santé-des-femmes-toutes-et-tous-égaux)

¹⁹⁵ Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. Disponible sur : [Les antibiotiques : des médicaments essentiels à préserver - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](https://www.mildeca.fr/actualites/les-antibiotiques-des-médicaments-essentiels-à-préserver)

¹⁹⁶ [strategie de vaccination.pdf](https://www.mildeca.fr/actualites/strategie-de-vaccination-pdf)

dans les grandes causes nationales ou les actions en lien avec les ARS ou les conférences de financeurs (voire les collectivités locales qui organisent des actions de prévention), etc..

La santé orale doit également faire l'objet d'une fiche dans les orientations stratégiques du PRS dans chaque région, comme c'est actuellement le cas pour les 2 seules régions (Ile-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes) ou les ARS disposent de chirurgiens-dentistes en fonction. Dans les autres ARS, la santé orale n'est pratiquement jamais citée.

2.2. L'inter et transdisciplinarité (professions de santé avec les autres professions)

Recommandation 7 : promouvoir un exercice coordonné des acteurs du système de santé orale et encourager leur insertion au sein des structures de soins primaires et renforcer la relation ville hôpital

OMS : Objectif 4 : soins buccodentaires

Minimiser les ruptures de parcours de soins doit être une priorité du système de santé pour aider l'accès aux soins des plus vulnérables, démunis ou vivant avec un handicap. L'exercice coordonné des professionnels et une filière réorganisée avec une branche hospitalière mieux identifiée dans les parcours répondent à un recours plus facile aux soins buccodentaires.

Les prestations de soins dentaires sont dispensées essentiellement au sein de cabinets libéraux et de centres de santé. Il existe en parallèle au sein de certains centres hospitaliers et des centres hospitalo-universitaires des services d'odontologie adossés à une faculté d'odontologie avec une offre de soins dentaires beaucoup plus limitée en volume (chirurgie orale, prise en charge des personnes vivant avec un handicap, etc.). Il n'existe pas de réelles filières de soins ville-hôpital structurées entre les soins de ville et l'offre de recours hospitalier, claires pour les patients et les chirurgiens-dentistes de ville. L'hôpital est souvent considéré par les patients et les chirurgiens-dentistes de ville comme le dernier et seul recours pour des personnes sans couverture sociale, en situation de handicap, les enfants en échec de prise en charge, les urgences... La réforme en cours des 3^{èmes} cycles court et long des études doit définir le périmètre de l'exercice des chirurgiens-dentistes « omnipraticiens », acteurs majeurs pour la délivrance de soins primaires pour tous dans les territoires.

Les omnipraticiens ont un rôle crucial à jouer dans la promotion de la santé et la prévention des maladies, pour contribuer à un système de santé plus efficace et équitable. L'exercice coordonné pluriprofessionnel, au sein de maisons de santé, de centres de santé et de CPTS en inter et transdisciplinarité, facilite et renforce ces 2 dimensions du premier recours : il sera nécessaire de soutenir et d'accompagner ces modes d'exercice. De la même manière, la nature des maquettes pédagogiques des diplômes d'études spécialisées (DES) doit préciser les actes et les missions destinés aux chirurgiens-dentistes spécialistes (ainsi que le nombre nécessaire à la prise en soin des populations). Cette nouvelle configuration de l'enseignement de la médecine buccodentaire doit déterminer les métiers exercés par les chirurgiens-dentistes généralistes ou spécialistes dans une logique de filières de soins coordonnées ville-hôpital et dans une perspective de plus grande lisibilité pour l'usager de son parcours de soins et de santé orale.

La filière hospitalière de l'odontologie doit être développée pour répondre aux besoins de soins et de santé qui se complexifient avec le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de pathologies chroniques mais aussi pour répondre à la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) et aux soins non programmés. Le métier de chirurgien-dentiste est un métier à dominance chirurgicale qui trouve vite ses limites sans la présence de plateaux techniques *ad*

hoc. Cette filière de l'odontologie hospitalière doit se réfléchir avec les gouvernances hospitalières jusqu'à l'accès au bloc opératoire.

Augmenter l'offre hospitalière de soins revient à promouvoir la diversité des formes d'exercice : temps plein, temps partiel pour les praticiens hospitaliers, ainsi que la possibilité de réaliser des vacations hospitalières pour des praticiens de ville (avec un statut et une rémunération idoines). Il s'agit aussi d'une alternative aux exercices salariés proposés par les centres de santé associatifs. Le développement de l'offre de soins hospitalière exige une évolution dans les organisations, les rôles et compétences des acteurs du système de santé orale, dans l'ensemble de ses composantes, aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Les innovations dans ce domaine reposent sur le partage de compétences en inter et transdisciplinarité, le développement de nouvelles tâches dans l'organisation des parcours de soins et de santé, comme la coordination de la gestion des soins non programmés, des urgences et la permanence des soins. Il convient pour cela d'appréhender l'introduction et la formation de nouvelles fonctions sociales avec les chargés de prévention, ou quasi-soignantes avec les assistant.e.s en médecine buccodentaire (assistant.e dentaire de niveau 2) et assistant.e.s dentaires hospitalières dont les actions devront se coordonner avec les acteurs de la santé orale et de la santé en générale (Cf. Recommandation 30).

2.3. Des enjeux de formation pour l'interprofessionnalité

Recommandation 8 : réformer en profondeur les études odontologiques pour répondre aux enjeux de santé des populations vivant en France

OMS : Objectif 3 : personnel de santé

La formation au métier de chirurgien-dentiste est par « nature » centrée sur la maladie et l'accès aux soins et donc sur l'apprentissage d'actes techniques. Au-delà de l'enseignement du « savoir-faire », se pose de plus en plus la question de mieux enseigner les compétences relationnelles et humaines visant le « savoir être ». Il convient également de s'interroger sur le décloisonnement de la formation hors les murs de l'hôpital. Un décalage/schisme dans l'apprentissage des chirurgiens-dentistes est à souligner, dans la mesure où 100 % des étudiants en odontologie sont formés à l'hôpital alors que 80 % d'entre eux choisiront d'exercer en ville. La réforme en cours du 2^{ème} cycle, conduite par la conférence des doyens d'odontologie, ainsi que celle du 3^{ème} cycle accompagnée par une mission IGAS/IGESR, doivent poser les bases d'une réforme attendue en 2025. Ces réformes doivent permettre une évolution dans l'organisation du système de soins et de santé orale qui ne doit plus être centrée uniquement sur la prise en soin des maladies et l'accès aux soins mais aussi, sur le maintien en bonne santé, l'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique, les projets territoriaux collaboratifs reposant sur les modèles de santé communautaire, tout en donnant aux individus les moyens de prendre en charge et protéger leur santé orale. Dans les cursus de formation, il est désormais nécessaire d'appréhender les risques environnementaux et sanitaires et les actions propres à gérer ces risques au sein des pratiques de santé (au même titre que la gestion des risques liés aux situations d'urgence ou à l'utilisation des rayonnements ionisants déjà intégrés). Il est donc essentiel de mettre en place des mesures visant à renforcer la relation entre le patient et le soignant. Cela inclut le renforcement ou l'harmonisation de formations sur l'accompagnement humain, l'éthique du « *care* » (du « prendre soin »), la posture professionnelle, tant au niveau de la formation initiale que de la formation continue, sous forme de séminaires et/ou d'études de cas et/ou jeux de rôles (simulation situationnelle). Il est important d'impliquer les usagers dans cette démarche formative, dans un esprit de co-construction et de partage d'expériences.

2.4. Des enjeux de formation : la prise en compte des besoins des usagers

Recommandation 9 : assurer la présence des usagers pour l'enseignement de la relation de soins en santé orale

OMS : Objectif 3 : personnel de santé

Pour déconstruire certaines représentations de la dyade patient/soignant qui fait référence à la relation entre une personne qui reçoit des soins (le patient) et un professionnel de santé (le soignant), il est important d'intégrer le patient-formateur dans les formations des professionnels de l'odontologie. Le patient doit pouvoir faire valoir son expérience, ses savoirs expérientiels et les partager aux futurs professionnels¹⁹⁷. Toutefois, la capacité pour un patient d'établir des interactions avec les professionnels et des apprenants dépend en partie de son niveau d'expérience dans la maladie (savoirs expérientiels qu'il acquiert au fur et à mesure de la vie avec sa maladie) mais aussi du niveau de développement de ses compétences relationnelles (capacités de communiquer ses savoirs à l'équipe). Ce mode d'apprentissage reste à construire en odontologie et doit s'imposer dans le cursus de formation des futurs chirurgiens-dentistes.

3. Il est urgent de définir une stratégie nationale de santé orale

3.1. Pour une politique de prévention et promotion de la santé ambitieuse

Recommandation 10 : favoriser le déploiement de programmes de prévention et/ou promotion de la santé orale au plus près des populations

OMS : Objectif 2 : promotion de la santé orale et prévention des maladies buccodentaires

Un bon état de santé orale profite à toutes et à tous. Il convient en conséquence que les dispositifs préventifs soient le plus largement accessibles aux populations en termes d'offre d'actions au plus près, mais également en termes de coût le plus réduit possible pour l'utilisateur.

Le déploiement de programmes de prévention doit s'envisager au plus proche des populations, en allant vers elles de manière proactive, sur le « terrain », tout en utilisant également des plateformes de médias sociaux pour diffuser des informations, des conseils en santé validés, des alertes santé à l'instar de ce qui est préconisé par l'OMS via le programme « *M-Oral Health* »¹⁹⁸, etc. La co-construction avec les usagers et l'implémentation de ces programmes doivent s'accompagner de recommandations sur les manières d'y associer davantage les populations concernées.

Les chargés de mission en prévention au sein des ARS, qui coordonnent les actions régionales, et ceux au sein des associations en promotion en santé¹⁹⁹, qui conduisent ces actions, ont un rôle central à jouer dans l'aide à la conception, la mise en place de ces actions et leur évaluation (cf. recommandation 12). Ils ont aussi une fonction importante de mise en relation des différentes structures de santé susceptibles de relayer ces actions (centres de santé, maisons de santé, CPTS...) mais aussi sur les lieux d'apprentissage, de réinsertion sociale et professionnelle, et de travail (éducation nationale, enseignement supérieur, médecine du travail, etc.). Pour le chargé de prévention, il s'agit de rendre le lieu de travail espace de promotion de la santé orale et de faire en sorte que l'entreprise soit plus actrice dans la promotion de la santé orale et la prévention. Au sein de l'entreprise, ces actions pourraient être co-financées par les mutuelles, les

¹⁹⁷ Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. Participation des patients à la formation des futurs professionnels de santé - 2025 : <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/participation-des-patients-a-la-formation-des-futurs-professionnels-de-sante>

¹⁹⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION & INTERNATIONAL TELECOMMUNICATION UNION. (2021). Mobile technologies for oral health : an implementation guide. World Health Organization. Disponible sur <https://iris.who.int/handle/10665/345255>.

¹⁹⁹ En général, ces chargés de mission en prévention sont diplômés en santé publique ou en éducation pour la santé (licence, master, doctorat).

caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)... Par exemple, la profession des boulangers a décidé de mener aux côtés d'AG2R La Mondiale et de l'UFSBD une grande campagne de prévention de la carie.

Les chirurgiens-dentistes doivent s'inscrire dans une démarche de santé globale pluri et transdisciplinaire en étant intégrés dans :

- le récent **dispositif « Mon bilan prévention »** destiné à toutes les personnes à des âges clés de la vie²⁰⁰ ²⁰¹. Celui-ci est prévu pour permettre à la fois d'agir sur les habitudes et les modes de vie des personnes et d'améliorer l'accessibilité à la réalisation des dépistages organisés (par exemple, contre les cancers du sein) et des campagnes de vaccination, etc. Il est actuellement réalisable par certains professionnels de santé (médecins, sage-femmes, infirmiers et pharmaciens) dont sont exclus les chirurgiens-dentistes. Les chirurgiens-dentistes ont la capacité d'élargir les EBD préventifs annualisés prévus entre 3 et 24 ans à d'autres moments et âges clés de la vie (45 et 50 ans, 60 et 65 ans, 70 et 75 ans). En effet, ce sont des moments où l'on sait que la maladie parodontale va se mettre en place ou s'aggraver particulièrement, la maladie carieuse réapparaître ensuite. Or, outre la douleur et l'inconfort générés, les foyers infectieux buccodentaires (notamment liés aux parodontites) sont des facteurs d'apparition, de déséquilibre ou d'aggravation de certaines maladies générales : maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire ischémique, endocardite infectieuse), diabète, polyarthrite rhumatoïde, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI), etc. Cela consisterait chez l'adulte et la personne vieillissante en :
 - une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (consommation d'aliments sucrés et/ou acides, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions, etc.) ;
 - un examen bucco-dentaire approfondi (dents et parodonte) ;
 - des conseils d'éducation pour la santé qui évoluent tout au long de la vie : brossage (méthode, fréquence, usage de fluor) et nettoyage interdentaire, alimentation et nutrition, protection en cas de pratique sportive, apnées du sommeil, stress ;
 - l'établissement d'un éventuel plan de traitement ou programme de soins adapté à la personne et son environnement ;
 - un dispositif de consultation buccodentaire particulière, dès lors qu'une prise en charge pluridisciplinaire d'une personne est envisagée (suivi oncologique, gériatrique, diabétique, chirurgie bariatrique et troubles du comportement alimentaire, handicap psychique, suivi addictologique, etc.) et aux vues des multiples incidences de ces pathologies sur la cavité buccale et la qualité de vie. Ainsi, au même titre que la consultation préventive buccodentaire prévue dans le cadre de la maternité prise en charge par l'Assurance maladie et proposée dès le 4^e mois de grossesse jusqu'au 6^e mois après l'accouchement pour prévenir certaines issues défavorables de grossesse (prééclampsie, prématurité), un suivi buccodentaire des personnes en situation de vulnérabilité, liée à une pathologie ou au vieillissement, à un handicap, doit être incorporé dans l'accompagnement global et pluridisciplinaire de la personne.

²⁰⁰ ASSURANCE MALADIE. Mon bilan prévention. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-bilan-prevention>

²⁰¹ Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles - Mon Bilan Prévention : en quoi ça consiste ? Source électronique disponible via : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/mon-bilan-prevention-les-rendez-vous-sante-aux-ages-cles-de-la-vie/article/mon-bilan-prevention-en-quoi-ca-consiste#Mon-Bilan-Prevention-c-est-quoi>

Recommandation 11 : augmenter le budget consacré à la prévention primaire avec des taxes ciblées sur le sucre, les sodas, le tabac et l'alcool

OMS : Objectif 2 : promotion de la santé orale et prévention des maladies buccodentaires

Les déterminants commerciaux (tabac, sucre, alcool) pèsent lourds sur les comportements de consommation massive de produits de qualité médiocre pour la santé et pour les dents et la bouche en particulier. Ces produits bénéficient de moyens de communication puissants et bien dotés financièrement. Pour le bien de toutes et de tous, les messages sur les gestes et les comportements favorables à une santé orale de qualité devraient bénéficier d'une plus grande visibilité. Une part des profits réalisés par les grands groupes de l'industrie agro-alimentaire et de celle du tabac devrait être consacrée à la diffusion de messages de santé publique.

D'une manière générale, le secteur français de la santé orale souffre d'un sous-investissement en prévention primaire. Dans ce domaine, les investissements manquent aujourd'hui en France, alors que les dépenses en soins dentaires se sont accrues, surtout concernant les réhabilitations prothétiques. Sans investissement en prévention primaire, les dépenses en prévention secondaire et tertiaire vont assurément se développer chaque année. Le budget fléché, d'environ 90 millions € d'argent public alloué chaque année à la politique de prévention buccodentaire, reste principalement centré sur le dispositif « Génération sans carie », c'est-à-dire une prévention secondaire^{79 93}. Récemment, l'Assurance maladie s'est engagée à investir davantage dans la prévention et dans les démarches « d'aller-vers »²⁰². Nous nous interrogeons sur la hauteur des budgets qu'il est prévu d'allouer à cette mesure.

Il conviendrait d'envisager une augmentation substantielle du budget public en ciblant les recettes de la taxation sur le sucre et les sodas, l'alcool (cf. recommandation 16) pour le financement des actions de prévention primaire en santé orale. Enfin, celle-ci doit faire l'objet d'une ligne budgétaire spécifique à la dimension des orientations actées dans chaque PRS et dans la Stratégie nationale de santé.

Recommandation 12 : former, accompagner et déployer des chargés de prévention en santé orale

OMS : Objectif 1 : Gouvernance de la santé buccodentaire

A l'instar du chargé de prévention dans le monde de l'entreprise, qui a pour mission d'aider chacun à préserver sa santé ou à se prémunir de risques professionnels, des chargés de prévention en santé orale devraient être déployés sur l'ensemble du territoire national pour assurer une cohérence dans la tenue et le suivi des actions avec les orientations préalablement inscrites aux PRS. Ils pourraient utilement s'appuyer sur les contrats locaux de santé (CLS), les structures coordonnées des acteurs comme les CPTS et les structures coordonnées de soins (maisons de santé pluriprofessionnelles et centres de santé).

Ces chargés de prévention pourraient jouer également un rôle dans l'accompagnement des étudiants en santé dans le cadre du service sanitaire. Un ratio minimal de chargés de prévention en santé orale, rapporté aux populations d'une région, devrait être défini pour, à chaque échelon territorial (région, département, infra-départemental) :

- promouvoir les programmes de prévention et de promotion de la santé orale afin d'en assurer la mise en œuvre et d'en évaluer l'impact,

²⁰² INFORMATION DENTAIRE. « Génération sans carie », l'UFSBD sonne la mobilisation générale. Publié le 19.11.2024. Disponible sur : https://www.information-dentaire.fr/actualites/generation-sans-carie-l-ufsb-d-sonne-la-mobilisation-generale/?srsltid=AfmBOorQvUm6T3TbGX_jqNI35z75djGfHDxG5U5FssRP_ByhWbIJ6aMQ

- concevoir et animer des séances collectives d'information ou de formation auprès des partenaires internes et/ou externes, y compris auprès des associations, usagers et des populations,
- créer, adapter les outils pédagogiques aux différents publics cibles avec des représentants de ces populations et les faire financer,
- participer à des groupes de travail inter et transdisciplinaire associant des usagers visant à faire évoluer les pratiques de prévention et de santé publique.

Sans préjuger du rattachement organisationnel des chargés de prévention en santé orale, leur coordination au niveau régional pourrait être assurée par le dispositif de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé ou par les pôles de compétences en promotion de la santé.

Dans ce contexte, il est important d'intégrer dans les maquettes de formation des diplômes d'éducation pour la santé, les fondamentaux de la santé orale, dans une perspective de facteurs de risques communs des maladies non transmissibles.

Recommandation 13 : favoriser l'« aller vers » en inter et transdisciplinarité

OMS : Objectif 4 : Soins buccodentaires

Tous les moyens doivent être mobilisés pour apporter une réponse adaptée avec les bons relais auprès des populations en rupture de soins.

La démarche « d'aller vers » relève plus d'une philosophie que d'un dispositif ou d'une méthode bien définie. Il s'agit d'aller à la rencontre de personnes qui ne sont pas ou plus en capacité d'accéder aux services, aux droits, aux soins ou aux prestations auxquelles elles pourraient prétendre. Cette démarche permet de déceler les vulnérabilités chez des personnes qui n'en ont parfois même pas conscience.

En pratique, il s'agit de favoriser des interventions adaptées selon la population ciblée dans l'espace public, ou encore par des contacts virtuels via une communication téléphonique ou les réseaux sociaux au sein par exemple d'ESAT, de CMP, de CATTP, d'EHPAD, etc. Cette démarche vise à établir un lien direct avec les personnes qui peuvent être éloignées des services sociaux et de santé, afin de faciliter leur accès aux droits et aux services.

Cette démarche « d'aller vers » permet également de mieux comprendre et répondre aux besoins des populations et d'agir de manière préventive pour lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales et territoriales en santé en déconstruisant certains a priori avec :

- une analyse des besoins des populations ciblées, qui peut s'effectuer par des enquêtes, des entretiens ou des consultations d'acteurs locaux,
- une formation des intervenants/aidants en s'assurant que ces derniers soient formés aux techniques d'intervention en milieu ouvert et à la communication interculturelle,
- l'établissement de partenariats avec des associations, des services publics et des acteurs communautaires pour renforcer l'efficacité de l'intervention,
- la planification d'actions concrètes et d'objectifs clairs, pouvant inclure des visites à domicile, des permanences dans des lieux publics, ou des interventions lors d'événements communautaires,
- une information et une sensibilisation des populations ciblées par divers canaux (affiches, réseaux sociaux, bouche-à-oreille, *M-Oral Health*, etc.),

- la mise en place de mécanismes de suivi pour évaluer l'impact des actions et l'ajustement de la stratégie en fonction des retours des bénéficiaires et des évolutions du contexte.

Pour répondre en urgence aux mesures de l'« aller vers » annoncées dans la dernière convention dentaire⁸⁵ qui prévoit notamment d'encourager rapidement le déploiement de ces initiatives, il convient que l'Ordre national des chirurgiens-dentistes, en lien avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), établisse un contrat-type pour pouvoir délocaliser les actions (préventions/soins) vers les établissements médico-sociaux et à domicile afin de rendre possible un nouveau mode d'exercice de la médecine buccodentaire dit « à domicile »²⁰³.

3.2. Pour s'engager vis-à-vis des industries de consommation de masse

Recommandation 14 : s'engager pour agir sur les déterminants commerciaux de la santé orale (sucre, tabac, alcool)

OMS : Objectif 2 : promotion de la santé orale et prévention des maladies buccodentaires

La vigilance et le contrôle sont les garants du respect des règles et des droits des usagers.

Les déterminants commerciaux de la santé désignent les systèmes, pratiques et voies par lesquels des acteurs commerciaux influencent la santé. Ils concernent des produits nocifs comme le tabac, l'alcool, le sucre et les aliments transformés. Le marketing commercial de ces industries influe sur les comportements des usagers consommateurs directs ou indirects.

La malnutrition est un double fardeau, notamment pour les personnes les plus précaires qui ont difficilement accès à une alimentation de qualité. Bien que cette question doive être considérée dans le cadre d'une refonte plus large de la gouvernance politique (mondiale) du système économique, il n'en reste pas moins que tous les acteurs de la santé orale doivent s'emparer activement de ce débat. Des modifications considérables des règles commerciales et des accords fiscaux internationaux sont nécessaires.

Le délégué interministériel national à la santé orale devrait porter ces débats sur la table des discussions au plus haut niveau de l'État et des instances supra-nationales. Plus concrètement, cela obligerait les acteurs de la santé publique à former des coalitions, afin de se protéger et de protéger les populations des menaces induites par la production de certaines industries ou secteurs économiques, tout en surveillant et en exposant les activités des entreprises, déconstruisant ainsi leurs arguments publicitaires, en bref, à faire le plaidoyer pour la santé orale.

Il est donc attendu que les industriels, fabricants et fournisseurs du secteur soient impliqués dans l'innovation, la recherche et le développement de solutions biotechnologiques et pharmacologiques ainsi que dans la vente de réactifs et de dispositifs médicaux et numériques aux établissements de santé recevant de la patientèle. En revanche, il est inacceptable que ces acteurs puissent infléchir d'une quelconque manière, qu'il s'agisse des choix thérapeutiques des praticiens sans lien avec les données scientifiquement établies ou encore orienter leur activité vers la conduite des soins les plus rémunérateurs et donc a fortiori les moins conservateurs. Dans ce contexte, Il est important que les domaines de la formation en santé orale restent sous le contrôle d'établissements publics et/ou universitaires avec la participation, comme pour la Haute Autorité de santé, de patients experts ou d'associations d'usagers du système de santé.

²⁰³ DENTISTES À DOMICILE. Source internet – disponible via : <https://www.dentistes-a-domicile.fr>

Recommandation 15 : rendre obligatoire le Nutri-score et y intégrer la dimension santé orale

OMS : Objectif 2 : promotion de la santé orale et prévention des maladies buccodentaires

Le consommateur a besoin d'outils simples pour une bonne compréhension de la santé orale. Les enjeux de santé orale doivent être mis en avant dans le Nutri-score.

Les populations en France, dont les enfants, adolescents et jeunes adultes, comme ailleurs dans le monde, sont exposées à une variété et à une abondance d'aliments ultra-transformés, de faible valeur nutritive et à forte teneur en graisses et/ou en sucres, remplis d'additifs, pouvant être achetés facilement dans les commerces de proximité, les boulangeries, les hypermarchés, pizzerias, en restaurations rapides, etc.

Il est essentiel et urgent de rappeler à chacun les habitudes adéquates en matière d'hygiène orale, notamment l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une consultation régulière de son praticien pour prévenir les maladies des dents et des gencives. Pour autant, de tels messages ne suffisent pas.

C'est pourquoi il convient de soutenir l'usage du Nutri-score en veillant à intégrer dans le calcul de celui-ci, une composante dentaire, qui ne se limite pas à la quantité de sucre mais intègre aussi l'acidité des sodas ou des jus de fruits, ayant pour conséquences de favoriser l'érosion des surfaces dentaires.

En cohérence, il serait judicieux de prévoir un objectif en termes de santé buccodentaire au sein du Programme national nutrition santé (PNNS).

Recommandation 16 : renforcer la taxation des sucres libres/ajoutés et des tabac/alcool pour protéger la santé orale et orienter ces recettes vers la prévention buccodentaire

OMS : Objectif 2 : promotion de la santé orale et prévention des maladies buccodentaires

Un prélèvement sur les activités commerciales à risque pour la santé buccodentaire doit servir à corriger leur impact négatif pour les usagers.

Les données disponibles montrent que les caries dentaires sont moins nombreuses lorsque l'apport en sucres libres est inférieur à 5 % de l'apport énergétique d'un individu. Cette relation a amené l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à recommander de réduire l'apport en sucres libres à moins de 10 % de la ration énergétique totale et, idéalement, à moins de 5 % pour protéger la santé des individus tout au long de la vie (les « sucres libres » sont les sucres ou ingrédients à pouvoir sucrant, y compris ceux naturellement présents dans le miel et les jus de fruits, ajoutés lors de la fabrication ou la préparation d'aliments). Ces recommandations devraient s'accompagner dans les politiques publiques d'un renforcement de la taxe sur les boissons sucrées et d'une interdiction de publicité pour les aliments ultra-transformés, de faible valeur nutritive sucrés/gras/salés auprès des enfants, des adultes jeunes, avec une attention particulière portée aux Outre-mers, où les taux de sucre sont supérieurs à ceux des aliments disponibles en métropole, malgré la loi dite loi « LUREL » adoptée en 2013²⁰⁴ visant à garantir que la quantité de sucres ajoutés dans les produits vendus dans les départements ultra-marins ne soit pas supérieure à celle des produits mis sur le marché dans l'Hexagone. L'application de cette législation serait un pas dans la bonne direction, afin de contribuer à endiguer une consommation de sucres hors de contrôle dans ces territoires.

²⁰⁴ [LOI n° 2013-453 du 3 juin 2013 visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer - Légifrance](#)

Depuis quelques décennies, plusieurs mesures de lutte contre la consommation de tabac ont été mises en place par différents pays (interdictions de publicité, augmentations du prix du tabac), entraînant une baisse significative de sa consommation. Néanmoins, selon le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme (2019), en l'absence de méthode ou soutien, seuls 4 % des fumeurs qui tentent de s'arrêter y parviennent. L'aide de professionnels et des traitements adaptés permettent de doubler ses chances de succès. En particulier, les professionnels de la santé orale ont le devoir d'informer leurs patients fumeurs quant à la dangerosité du tabac et de leur proposer des moyens de sevrage tabagique. Dans la pratique quotidienne des chirurgiens-dentistes, la prévention du tabagisme doit rester un sujet important, et leur implication dans le sevrage tabagique de leurs patients être une priorité afin de diminuer les conséquences sur la santé buccodentaire et la santé générale. L'augmentation de la taxation des industries du tabac doit servir à favoriser et compléter la formation des praticiens aux outils validés de repérage des consommations de tabac, des structures d'aides et d'accompagnement au sevrage tabagique, des modalités de prescriptions des substituts nicotiques, au repérage précoce et intervention brève (RPIB) validés par la Fédération dentaire internationale²⁰⁵, ainsi que le conseil minimal sans doute plus aisé à généraliser. Les séances liées au sevrage tabagique ne sont, par ailleurs, pas facturables via la nomenclature des actes médicaux, ce qui décourage totalement les chirurgiens-dentistes voulant s'investir davantage dans ce processus. Pourtant, en Suisse, la « *Task force* » du projet « Tabagisme – Engagement du cabinet dentaire » indique qu'une intervention brève s'appuyant sur un entretien motivationnel semble être l'approche la plus appropriée dans un cabinet dentaire pour lutter contre ce fléau^{206 207}.

Concernant les troubles liés à l'usage de l'alcool, autre enjeu majeur de santé publique, la taxation de son industrie et/ou de ses produits devrait contribuer au financement du renforcement de la formation des praticiens et futurs praticiens à l'usage des outils de repérage précoce et intervention brève, ceux validés par l'OMS et à l'entretien motivationnel. En effet, les chirurgiens-dentistes occupent une position stratégique pour identifier les signes précoces de mésusage de l'alcool en raison de leurs interactions régulières avec les patients étant à même de dépister diverses pathologies buccodentaires auxquelles la consommation d'alcool contribue, telles que les maladies parodontales, les caries, la xérostomie (sécheresse buccale délétère à une santé orale optimale) et les cancers oraux.

3.3. Pour développer la prévention primaire en allant d'expériences répétées à des pratiques communes

Recommandation 17 : ancrer la promotion de la santé orale dans le parcours éducatif de santé de l'enfant

OMS : Objectif 4 : soins buccodentaires

L'école, l'apprentissage des enfants est une étape clef dans le processus de bonne santé et pour accompagner la littératie. La bonne mesure des engagements doit pouvoir se mesurer dans le dispositif « génération sans carie », et l'observation du résultat des dépistages des caries.

Le projet de brossage dentaire dans les écoles devrait être intégré aux projets d'éducation à la santé menés au sein du parcours éducatif de santé (PES) des écoles. Pour les activités du périscolaire, des dispositifs probants sur la santé buccodentaire comme KIDOULI¹⁴⁷ pourraient être mis à la disposition des très jeunes enfants (projet mis en œuvre par l'URPS des chirurgiens-

²⁰⁵ FDI. Guide de sevrage tabagique pour les professionnels de santé buccodentaire. 2021. Accessible en ligne : [FDI Tobacco Cessation Guide FRA.pdf](#)

²⁰⁶ RAMSEIER CA, BORNSTEIN MM, SAXER UP, KLINGLER K, WALTER C. Prévention et sevrage tabagique au cabinet dentaire. Rev Mens Suisse Odontomastol. 2007; 117(3): 267-78.

²⁰⁷ RAMSEIER CA. Smoking prevention and cessation. Oral Health Prev Dent. 2003; 1 Suppl 1: 427-39.

dentistes d'Auvergne-Rhône-Alpes, en partenariat avec la chaire Éducatons & Santé de l'UNESCO). Plus largement, l'éducation à la santé orale doit être intégrée dans les activités de la classe, en lien avec l'acquisition des compétences psychosociales. Cela passe par la formation des professeurs des écoles, des ATSEM²⁰⁸ des écoles maternelles, des animateurs scolaires, voire des parents des jeunes élèves. Des ressources ludiques et gratuites sont d'ores et déjà à disposition pour les équipes éducatives, les soignants, les enfants de maternelle, les étudiants en santé, etc. La coordination du projet e-bug^{209 210} est assurée par exemple par le Département de santé publique du CHU de Nice et les ressources sont élaborées en collaboration avec le ministère de la santé, le ministère de l'éducation nationale, le ministère de l'agriculture et de l'environnement, ainsi qu'avec des sociétés scientifiques.

Dans cette perspective, les enseignements scientifiques du secondaire pourraient intégrer la généralisation de l'enseignement sur la physiopathogénie (ou processus de formation) de la carie dentaire.

3.4. Pour développer la prévention secondaire intégrée pour tous

Recommandation 18 : renforcer les mesures de prévention secondaire

Dans le cadre d'une stratégie visant à améliorer la santé buccodentaire, il est essentiel de renforcer les mesures de prévention secondaire à travers la détection et la prise en charge précoce des maladies buccales.

La prévention secondaire en santé orale se concentre sur la détection et le traitement des maladies buccodentaires à un stade précoce, avant qu'elles ne génèrent des séquelles irréversibles.

Cette activité de prévention secondaire doit reposer sur une démarche de réduction des risques. Ainsi, le chirurgien-dentiste doit trouver sa place dans une approche de santé plus systémique, centrée sur la personne, qui permet d'aborder les déterminants communs des maladies chroniques (comme le sucre, l'alcool ou le tabac) (Cf. recommandation 3).

Dans ce domaine, le programme « génération sans carie », porté par l'assurance maladie et par les compléments santé, donne un premier cadre pour la prévention secondaire et la réduction des risques chez les enfants, les adolescents, les jeunes adultes et les femmes enceintes, ainsi que les mesures « Aller vers » dans les établissements médico-sociaux avec la consultation obligatoire dans les 1 an à l'entrée (application prévue en 2025) (Cf. recommandations 10 et 13).

La mise en œuvre de soins dentaires précoces contribue à la réduction de la prévalence des maladies buccales en privilégiant les interventions pas ou peu invasives, telles que les applications de vernis/gels fluorés, de scellements de sillon préventifs ou thérapeutiques, voire l'usage du fluorure diamine d'argent et la technique ART (*atraumatic restorative treatment*), dont la prise en charge sera déterminée après avis rendu de la HAS.

En matière de prévention secondaire, il est à souligner l'importance de la détection précoce des cancers de la cavité buccale avec l'orientation des patients concernés vers les structures de prise en charge oncologique adaptées. La formation initiale et continue des chirurgiens-dentistes est

²⁰⁸ Agent territorial spécialisé des écoles maternelles

²⁰⁹ E-BUG. L'hygiène bucco-dentaire – Source internet, disponible sur : <https://e-bug.eu/fr-FR/mat-hygiène-bucco-dentaire>

²¹⁰ E-BUG. Projet européen – Source internet, disponible sur : <https://departement-sante-publique.chu-nice.fr/promotion-de-la-sante/e-bug/>

essentielle car ils sont les acteurs de soins primaires clefs dans ce domaine. Concernant les cancers oraux, il paraît important d'apporter un soutien aux campagnes de vaccination contre les papillomavirus (HPV) pour réduire les pathologies orales associées (2 % des cancers de la bouche dans le monde sont dus à une infection par le papillomavirus humain).

La prévention secondaire doit être développée en renforçant la collaboration entre les chirurgiens-dentistes et les autres professionnels de santé, afin de maximiser la portée des interventions préventives.

De même, les assistant.e.s dentaires de niveau 2 devraient jouer un rôle majeur dans ces interventions préventives au cabinet dentaire avec une délégation de tâches organisée et structurée pour une meilleure efficacité dans la prise en charge des besoins de santé des patients (Cf. recommandation 30).

Cependant, il reste à envisager une tarification adaptée pour le développement d'activités de prévention secondaire au cabinet dentaire et à l'hôpital (Cf. recommandation 22) et pour renforcer ce volet dans le cadre de la formation initiale ou continue (Cf. recommandations 8 et 9). De même, ce développement de la prévention secondaire doit aussi se positionner dans une organisation des soins innovante, intégrant par exemple le numérique en santé et la téléodontologie (Cf. recommandation 40).

Recommandation 19 : accompagner et promouvoir la généralisation du brossage des dents à l'école

OMS : Objectif 4 : soins bucco-dentaires

Permettre à chaque enfant de se brosser les dents au moins une fois par jour à l'école²¹¹ est une mesure d'hygiène aussi élémentaire que de pouvoir de se laver les mains après être allé aux toilettes ou avant de passer à table. Cette mesure est simple dans son intention : prévoir un temps pour le brossage après le déjeuner dans toutes les écoles et tous les collèges/lycées de France, pour en faire bénéficier un maximum d'enfants. Par souci d'égalité, la mesure devrait prévoir en parallèle la mise à disposition gratuite et périodique de « kits de brossage » comportant une brosse à dents, plusieurs tubes de dentifrice dont la quantité de fluor serait adaptée à l'âge et un sablier pour les plus petits. Outre une meilleure santé orale à l'échelle nationale, plusieurs éléments sont censés être associés à une telle mesure, comme la mise en place de points d'eau en nombre suffisant dans les écoles (ce qui n'est pas le cas aujourd'hui), la formation et le recrutement d'adultes chargés de la supervision du brossage (possiblement parentaux), le partage des gestes d'hygiène des enfants vers leurs parents. En effet, les enfants peuvent aussi constituer des vecteurs de sensibilisation de changement de comportements de leurs parents, comme l'avait montré l'introduction de l'obligation du port de la ceinture de sécurité au début des années 70. Pour cela, une coordination forte est nécessaire entre les académies, les écoles et les communes notamment en ce qui concerne les actions à promouvoir à la cantine.

²¹¹ ENFANT DIFFÉRENT. Scolariser mon enfant : quelles sont les différentes possibilités ? Disponible sur : <https://www.enfant-different.org/scolarite/scolariser-mon-enfant-queles-sont-les-differentes-possibilites/> - <https://place-handicap.fr/Les-SESSAD> - etc. voir aussi la recommandation 22

4. La littératie en santé orale

Recommandation 20 : agir pour le développement de la littératie en santé orale tout au long de la vie

OMS : Objectif 2 : promotion de la santé orale et prévention des maladies buccodentaires

Un faible niveau de littératie en santé renforce la mauvaise santé perçue²¹² rend plus difficile de retenir des informations de santé, diminue la participation à des activités de prévention, entraîne un risque plus fort de développer des maladies chroniques, induit des coûts de santé personnels et collectifs plus importants.

La « littératie en santé » est encore mal connue et peu utilisée par les professionnel·les et les structures sanitaires, sociales ou médico-sociales. Parfois réduite à l'idée d'accessibilité de l'information produite par les professionnels ou les structures, à la vulgarisation de contenu ou à la méthode « Facile à lire et à comprendre (FALC) », la « littératie en santé » nécessite – au-delà de messages cohérents et respectueux de la stratégie réfléchi - de déployer bien d'autres stratégies et vecteurs : l'adaptation de la posture professionnelle, la formation des professionnel·les avec et par les usagers, la mise en place de politiques de structures favorables à l'application de l'information en santé, etc. (Cf. Recommandation 20)²¹³

La littératie et les compétences en santé sont des déterminants majeurs des comportements en santé et donc des inégalités de santé. Si ces 2 compétences s'acquièrent tout au long de la vie, une acquisition est d'autant plus efficace qu'elle est précoce. Un plan d'actions doit concerner toutes les personnes vivant en France et notamment les enfants dès le plus jeune âge. Ce plan intéresse les différents milieux de vie, les lieux de formation, de travail, de pratique d'activités physiques, de prises en charge et d'accompagnements sanitaire, médico-social et social. Il doit être élaboré en lien avec l'ensemble des acteurs concernés. Tous les ministères doivent être mobilisés sur cet objectif permettant de doter les populations d'un niveau de littératie en santé orale et de compétences en santé équivalents à ceux rencontrés dans d'autres pays.

L'école primaire constitue une période particulièrement favorable à une éducation pour la santé et, ce, en lien étroit avec les familles, le cas échéant. Une attention particulière doit être portée aux jeunes à besoin éducatif particulier pour lesquels une approche spécifique doit être mise en œuvre ainsi qu'aux vecteurs (smartphones, applications en santé aux contenus validés, objets connectés...) pour véhiculer ces informations.

Recommandation 21 : promouvoir de vastes actions nationales de marketing social de la santé orale

OMS : Objectif 2 : promotion de la santé orale et prévention des maladies buccodentaires

Le marketing social de la santé est une spécialisation du marketing qui se concentre sur le secteur de la santé. Dans une acception large, le champ du marketing de la santé vise à la fois des personnes en bonne santé, qui souhaitent le rester, ou qui ignorent certains comportements

²¹² LE BRUN M, GODARD D, CAMPS L, GOMES DE PINHO Q, BENYAMINE A, GRANEL B. La littératie en santé : définition, outils d'évaluation, état des lieux en Europe, conséquences pour la santé et moyens disponibles pour l'améliorer, Volume 157, Issue 1, 6/2024, Pages 19-123, ISSN 0248-8663, <http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2024.06.014>.

²¹³ Avis de la CNS du 06.07.17 : "La littératie en santé - usagers et professionnels : tous concernés !" Pour un plan d'action à la hauteur des inégalités sociales de santé - <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/actualites-communiqués/article/avis-de-la-cns-du-06-07-17-la-litteratie-en-sante-usagers-et-professionnels>

délétères, et des individus malades qui souhaitent recouvrer la santé ou limiter les conséquences de la maladie sur leur vie courante. Les stratégies utilisées peuvent inclure le marketing digital (sites web, réseaux sociaux), le marketing de contenu (articles, blogs) et des campagnes de sensibilisation. Il vise à promouvoir les services et produits de santé, à renforcer la notoriété des professionnels de santé et à améliorer leur réputation. Des campagnes de promotion de la santé orale doivent être mises en place pour accompagner, par exemple, le dispositif 100 % santé qui reste mal compris au sein des populations mais aussi des actions de grande ampleur mettant en avant les déterminants de la santé orale afin que les patients et les professionnels de santé autres que les chirurgiens-dentistes puissent s'en emparer et les mobiliser.

Autrement dit, il est possible d'agir sur la santé orale et la santé en général en :

- réduisant la consommation de tabac et d'alcool,
- promouvant la vaccination contre les virus HPV,
- réduisant la consommation de sucres ...

Et en mobilisant des méthodes de communication adaptées au « grand public » pouvant répondre aux enjeux sociétaux de la santé orale qui reste à définir.

5. Faciliter et sécuriser l'accès aux soins pour tous

5.1. Protection de l'accès aux soins des populations les plus fragiles

Recommandation 22 : garantir des formations initiale et continue dans le champ de la prise en charge des personnes à besoins spécifiques pour l'ensemble des professionnels de santé

OMS : Objectifs 3 : personnel de santé

Davantage de professionnels de santé doivent être préparés à prendre en charge des personnes à besoins spécifiques. Pour garantir un accès et faciliter les parcours, l'hôpital doit être au rendez-vous (Cf. recommandation 22).

La formation des soignants pour la prise en charge des personnes à besoins spécifiques est actuellement globalement insuffisante dans le cursus de formation initiale des chirurgiens-dentistes. C'est une des raisons pour lesquelles certains nouveaux diplômés ne se sentent pas en capacité d'assumer la prise en soins de ces personnes, voir ce qui est plus grave : ne se sentent pas concernés par cette problématique. Dans ce cas, ils se reposent sur des réseaux de soins au sein desquels exercent des personnes compétentes et volontaires à la prise en soin de ces populations. Toutefois, la plupart de ces réseaux sont à saturation. De plus, leur fonctionnement est fragile par manque financements pérennes. Cette situation conduit à des errances thérapeutiques, à l'insatisfaction des usagers ainsi qu'à des pertes de chance. La formation initiale doit évoluer afin que tous les professionnels de la santé orale : c'est-à-dire que les médecins, Infirmier.e.s diplômé.e.s d'État, aides-soignant.e.s, aides à domicile, etc., soient aussi formés aux approches comportementales de tous types de handicap. Les stages en situation tant en foyers d'accueil médicalisé (FAM), maisons d'accueil spécialisée (MAS), instituts médico-éducatifs (IME), instituts d'éducation motrice (IEM), instituts d'éducation sensorielle (IES), instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), établissements pour personnes polyhandicapées,... devraient être harmonisés et systématisés, non proposés sous forme d'enseignements librement choisis, dans les cursus de formation initiale. L'acte technique reste le même quelles que soient les personnes à prendre en soins, c'est la question de l'enseignement de la relation de soin qui doit être approfondie.

Ces mesures, valables également pour les assistant.e.s en médecine buccodentaire (ou assistant.e.s de niveau 2), devraient permettre d'améliorer la prise en charge de ces populations à besoins spécifiques dans le cadre du droit commun. La mise en place de cotations spécifiques pour le handicap dans la nomenclature de la convention va dans le bon sens.

Le Conseil national professionnel médecine bucco-dentaire (CNP MBD) a un rôle à jouer dans l'harmonisation des formations dans le cadre de la formation continue et pour en assurer une accréditation périodique dans ce domaine.

Recommandation 23 : renforcer l'odontologie hospitalière

OMS : objectif 4 : soins buccodentaires

Les prestations de soins dentaires sont dispensées essentiellement en cabinets libéraux (80 %). Une offre de soins est également proposée par des chirurgiens-dentistes salariés au sein de centres de santé, d'établissements de santé privés, de CH et/ou CHU (20 %). Seuls 2 % des soins sont réalisés par des chirurgiens-dentistes salariés dans les structures hospitalières publiques.

Dans ce contexte, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de réelles filières/parcours de soins buccodentaires « ville-hôpital » pour répondre :

- aux besoins de soins et de santé qui se complexifient avec le vieillissement des populations, l'augmentation du nombre de pathologies chroniques ;
- aussi à la permanence des soins et aux soins non programmés insuffisamment visibles ou compris du « grand public ».

La filière hospitalière de l'odontologie doit se développer (avec la mise en place de cotations adaptées) pour permettre une offre de recours pour les patients avec comorbidités et polymédicamentés. Cette filière doit être développée en tenant compte des gouvernances hospitalières jusqu'à l'accès au bloc opératoire pour garantir la totalité du parcours, notamment pour les personnes vivant avec un handicap et/ou les enfants lorsque la prise en charge est nécessaire. A ce titre, il faut souligner l'initiative « HandiBloc » portée, par exemple, par l'ARS Ile de France, depuis 2019 par le CHU de Brest²¹⁴, etc. qui s'inscrit dans cette perspective.

Recommandation 24 : aller vers des spécialités odontologiques visant une approche par population (DES d'odontologie pédiatrique)

OMS : objectif 4 : soins buccodentaires

Les enfants méritent une attention forte car leur développement physique, émotionnel, et psychologique est différent de celui des adultes. Des approches spécifiques dans la manière de leur fournir des soins sont donc nécessaires.

Certaines périodes dans la vie des personnes sont plus critiques que d'autres en matière de prévention. C'est le cas de l'enfance, de l'adolescence et de l'entrée dans la vie adulte, dans la vie active ou dans un cursus d'études supérieures.

Les mesures préventives acquises (ou non) pendant ces périodes conditionnent en partie les habitudes prises pour le reste de la vie. À ce titre, il semble pertinent que les consultations du programme de prévention « génération sans carie » (et des soins qui en découlent éventuellement) aient été annualisés de 3 à 24 ans. Néanmoins, certains praticiens continuent de refuser des patients en soins, en raison de leur jeune âge, ce qui constitue non seulement une

²¹⁴ CHU de Brest. L'accueil des personnes en situation de handicap. Disponible sur : <https://www.chu-brest.fr/patient-et-public/accompagnement/handicap>

discrimination, mais également une infraction au code pénal et au code de déontologie, renforçant la nécessité de créer des spécialistes dentaires de l'enfant au travers d'un DES d'odontologie pédiatrique. En effet, faute de spécialistes suffisamment investis ou nombreux dans cette discipline, les soins dentaires des enfants sont insuffisamment réalisés.

La dentisterie pédiatrique étant un domaine en constante évolution, il convient qu'un diplôme spécialisé en odontologie pédiatrique émerge dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle des études odontologiques en cours actuellement. Ce DES s'inscrirait parfaitement dans la logique de gradation des soins notamment pour les enfants fragiles (atteints de cancers, de maladies rares...) et/ou en situation de handicap pour lesquels le recours et l'expertise hospitalière et/ou libérale est nécessaire mais insuffisante à ce jour.

Recommandation 25 : maîtriser et réduire les dépassements d'honoraires afin de faciliter l'accès aux soins pour toutes et tous

OMS : objectif 4 : soins buccodentaires

Les mécanismes de la solvabilisation des dépenses de soins dentaires marquent une spécificité qui contribue à des incompréhensions sources de renoncements aux soins. Les dépassements d'honoraires « autorisés » même dans les paniers à reste à charge « zéro » ou « maîtrisé » restent des dépassements. Ils viennent compenser (à eux seuls) une valorisation des soins conservateurs estimée insuffisante par la profession pour le fonctionnement d'un cabinet. Le système s'ajuste donc directement sur l'utilisateur et les organismes d'assurance complémentaires santé auxquels ils souscrivent ou non : ces mécanismes sont mal maîtrisés et régulés.

La barrière financière d'accès aux soins dentaires est la plus importante et la plus difficile à franchir. Les personnes renonçant à se faire soigner sont généralement celles pour qui l'effort financier est trop important par rapport à leurs revenus et/ou qui ne disposent pas de complémentaire santé. Par conséquent, le plus possible, le recours aux dépassements d'honoraires doit être évité ou limité pour réduire les freins financiers à l'accès aux parcours en santé orale. Il s'agit de sensibiliser les chirurgiens-dentistes à cette financiarisation individuelle, à la prise de conscience des risques de non-recours aux soins pour des raisons économiques, pour permettre au plus grand nombre de se soigner. Les pouvoirs publics et/ou les autorités de régulation doivent également se saisir de cette question.

Une assurance complémentaire santé solidaire à tarif modéré (de type mutuelle à 1€/jour) pour les personnes en situation de précarité et/ou ayant des difficultés financières permettrait de soulager les dépenses de santé et de faciliter l'accès aux soins dentaires.

Recommandation 26 : renforcer le parcours de soins et de santé orale des personnes les plus fragiles

OMS : Objectif 4 : soins buccodentaires

L'attention portée aux personnes les plus vulnérables doit contribuer à améliorer la santé de toutes et de tous et être mieux reconnue et valorisée.

Au-delà de la notion de « soins buccodentaires pour les personnes les plus fragiles », un parcours de soins et de santé orale plus intégratif doit être mis en place.

Ce parcours passerait par :

- la mise en place d'actions de prévention sous forme de sensibilisations importantes des usagers et de leurs aidant.e.s à une hygiène orale adaptée et à la mise en place de dépistages ;

- la formation à l'hygiène orale des professionnels des établissements accueillant les personnes vivant avec un handicap et/ou en perte d'autonomie ;
- la formation des professionnels soignants (chirurgiens-dentistes et autres) à la prise en soins de ces populations, aussi bien lors de leurs formations initiales qu'en formation continue en inter et transdisciplinarité avec notamment des nutritionnistes, des ergothérapeutes, des orthophonistes... (Cf. recommandation 21) ;
- la mise en place de coordinations à l'accès aux soins sous forme de filières/parcours inter et transdisciplinaires à privilégier dans le cadre du droit commun. Cela passerait obligatoirement par une connaissance et une mise à jour permanente de l'offre de soins territoriale et de ses capacités. La collaboration ville - hôpital est donc fondamentale (Cf. recommandations 22 et 23). Les obstacles notables sont la désorganisation des parcours de soins avec des acteurs ayant peu d'incitation à coopérer en pratique, la non-valorisation des fonctions de coordination des parcours de soins et de santé en odontologie ;
- un rappel nécessaire des mesures mises en place dans les dernières conventions entre l'Assurance maladie et les chirurgiens-dentistes qui devrait être fait aux professionnels, aux associations, aux aidants et aux usagers ;
- la résolution des difficultés rencontrées pour l'application de la codification YYYY183²¹⁵ : non prise en charge à 100 %, entraînant un surcoût discriminatoire pour les personnes n'ayant pas de complémentaire santé et une avance des frais prohibitifs pour certaines d'entre elles qui en disposent ;
- une revalorisation de la codification YYYY183 (non effective dans la convention 2023-2028) ;
- la résolution de la question de l'accessibilité à des plateaux techniques spécialisés (anesthésie générale) pour des soins dentaires conservateurs lorsque l'état du patient l'impose (Cf. recommandation 22) ;
- le développement d'équipes mobiles en fonction des caractéristiques des différents territoires et le lien de proximité ainsi offert pourraient être nécessaires pour « l'aller vers » (Cf. recommandation 13) ;
- la redéfinition et la valorisation de la spécialité médecine bucco-dentaire (MBD).

5.2. Lutter contre les inégalités en santé orale et le respect des droits des usagers

Recommandation 27 : lutter contre les discriminations dans les refus de soins

OMS : Objectifs 1 : Gouvernance de la santé buccodentaire

La discrimination dans l'accès aux soins et le refus de soins buccodentaires doivent cesser.

La lutte contre les discriminations dans les refus de soins buccodentaires constitue un enjeu crucial pour garantir l'accès égalitaire à la santé pour toutes et tous.

Elle passe par :

- la sensibilisation et la formation des professionnels de santé. Pour ce faire, l'organisation, avec les usagers d'ateliers et de formations sur les enjeux des discriminations²¹⁶, les préjugés et les biais implicites, doit être mise en place. Ils doivent inclure la diversité culturelle et culturelle, les situations socio-économiques et celle des handicaps ;

²¹⁵ ASSURANCE MALADIE. Patient vivant avec un handicap. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/prescription-prise-charge/prise-charge-situation-type-soin/patients-vivant-avec-un-handicap>

²¹⁶ Voir les critères dans : [Article L1110-3 - Code de la santé publique - Légifrance](#) ; [Article 225-1 - Code pénal - Légifrance](#) et [Titre III : Discriminations \(Articles L1131-1 à L1134-10\) - Légifrance](#)

- la mise en place de protocoles opérationnels clairs pour traiter les demandes de soins et l'établissement de lignes directrices afin de s'assurer que les décisions ne soient pas influencées par des stéréotypes ou des jugements préconçus ;
- la promotion de l'égalité d'accès à la prévention et aux soins buccodentaires pour toutes les populations, y compris les plus vulnérables (comme les personnes migrantes, les personnes sans domicile ou sans-abris, « les gens du voyage », les personnes avec des problèmes de santé mentale, les personnes privées de liberté, etc.), par exemple, par la facilitation à la mise en place de permanences d'accès aux soins de santé bucco-dentaire - PASS dentaires - , avec financement de temps médical dédié à l'activité de praticiens hospitaliers ou de praticiens de ville vacataires, du temps social, de secrétariat et de coordination médicale, une reconnaissance et une coordination régionale et nationale des PASS dentaires, la création de centres de soins spécifiques. Le développement de dispositifs, à l'image de la PASS Ville de Marseille²¹⁷, pourrait être prévu dans le cadre de la politique de la ville ;
- à l'égard des personnes à mobilité réduite la vigilance portée à l'accessibilité aux dispositifs de prise en soins ;
- la surveillance et le signalement des incidents, en mettant en place un système anonyme de déclaration des refus de soins injustifiés avec la mise en place, par exemple, d'un comité de déontologie paritaire (chirurgiens-dentistes/usagers). Cela inclut l'analyse des données pour identifier des tendances ou des comportements discriminatoires ;
- une collaboration facilitée avec des associations défendant les droits des patients et des populations les plus éloignées du système de santé pour mieux comprendre les réalités vécues par les personnes discriminées et l'élaboration de stratégies adaptées ;
- une sensibilisation du « grand public » par des campagnes portant sur l'importance de l'accès universel aux soins de santé, en mettant en lumière les conséquences des discriminations sur la santé buccodentaire et globale ;
- un travail mené avec les décideurs politiques pour intégrer l'égalité d'accès aux soins dans les politiques de santé publique et la promotion des lois luttant contre la discrimination dans le domaine de la santé ;
- une évaluation régulière des actions mises en place pour lutter contre les discriminations et un ajustement des stratégies en fonction des résultats et des retours d'expériences pouvant aller vers un processus de certification des cabinets dentaires sur la coordination de l'information des patients entre professionnels ;
- un travail coordonné avec les assistants et assistantes sociales, les médiateurs en santé en lien avec les patients ne faisant pas valoir leurs droits. Ce « non-recours aux droits » représenterait 48 % pour la CSS (ex-CMU). Une simplification des procédures, tant pour les usagers concernés que pour les professionnels et les gestionnaires de services d'offre de soins et de prévention, s'impose pour réduire le non-recours ;
- s'agissant des personnes en situation « irrégulière », le maintien des soins buccodentaires dans le panier de soins de l'aide médicale d'État (AME), qui s'impose pour éviter des situations sévères à prendre en soin en urgence qui auraient pu éviter ;
- une interdiction de la sélection des motifs de rendez-vous sur les plateformes (qui se concrétise, par exemple, par l'obtention de délais plus courts si le motif « prothèse » est énoncé).

²¹⁷ La PASS de ville Marseille. Disponible sur : <https://lapassdevillearseille.fr/>

Recommandation 28 : accompagner la démocratie en santé et le respect des droits des usagers pour aller vers un changement de paradigme en renforçant la capacité de mobilisation de la société civile organisée et des habitant.e.s dans le pilotage de la politique de santé orale

OMS : Objectifs 1 : Gouvernance de la santé buccodentaire

L'accès à la santé est un droit, les représentants des usagers doivent pouvoir l'accompagner pour la santé orale aussi. Les instances de démocratie en santé doivent être saisies de la stratégie nationale de santé orale et de son adaptation territoriale ainsi que de son évaluation.

L'information des usagers et l'observation du système de santé constituent pour la CNS, depuis de nombreuses années, des préoccupations essentielles. Dans son rapport 2013 sur les droits des usagers intitulé « Renforcer l'information des usagers et l'observation du système de santé »²¹⁸, la CNS souligne qu'il ne peut y avoir :

- de développement de la prévention et de la promotion de la santé sans information de l'utilisateur sur la santé ;
- de prise en charge ou accompagnement de qualité en santé sans information de l'utilisateur sur sa santé ;
- de participation active de l'utilisateur à la construction de son parcours sans information sur les alternatives possibles en matière de thérapie ;
- de démocratie sanitaire (ou de démocratie en santé), de participation de l'utilisateur et de ses représentants aux organisations et politiques de santé, sans information sur l'offre de biens et services présente, sur son utilisation et ses résultats en termes de santé et donc sans observation du système de santé.

Autrement dit, les usagers doivent être :

- respectés et entendus par le professionnel lorsqu'ils se plaignent ;
- éclairés dans leur consentement à s'engager dans les soins et/ou donner leur accord pour les devis présentés ;
- avertis et sanctionnés lorsqu'ils ne sont pas respectueux vis-à-vis des personnels soignants et, à l'inverse, être accompagnés en cas de recours vis-à-vis des professionnels ;
- représentés auprès des instances de la médecine buccodentaire.

Par ailleurs, il convient de :

- sanctionner toute forme d'ostracisations et de refus de soins,
- lutter contre les « zones de non droit », comme dans les territoires et départements d'outre-mer (cf. en Guyane).

Or, le positionnement des dispositifs d'information et de communication à destination des publics est souvent vertical. Dans une logique d'universalisme proportionné, de symétrie d'information, une sensibilisation généraliste transversale doit être transmise afin que les usagers puissent :

- prendre position de façon éclairée et avec une vision à 360 degrés dans les instances de conseil ou-décisionnelles,

²¹⁸ Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. Les rapports sur le respect des droits des usagers du système de santé. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/droits-des-usagers/article/les-rapports-sur-le-respect-des-droits-des-usagers-du-systeme-de-sante>

- participer au processus de construction des interventions (co-construction, *intervention mapping*²¹⁹, etc.) ou au processus d'évaluation d'impact des interventions (*empowerment evaluation*²²⁰),
- participer pleinement aux réunions de négociation conventionnelle.

L'implication des populations et des bénéficiaires des interventions de santé publique sur l'ensemble du territoire est essentielle afin de garantir les conditions de cette implication. Pour cela, il est indispensable de renforcer les capacités d'agir des personnes.

Recommandation 29 : aller vers une gradation des soins plus lisible pour les usagers

OMS : Objectif 4 : soins buccodentaires

Le système de soins doit fournir un effort de fluidité et de transversalité dans la relation patient-praticien et apporter une réponse plus lisible aux besoins des usagers.

La relation praticien-patient doit suivre la prise de conscience que les pathologies buccodentaires constituent des affections chroniques, c'est-à-dire évolutives et dynamiques. Dans cette logique, la continuité des soins devrait être privilégiée, plutôt que fragmentée. C'est la raison pour laquelle une réflexion doit être engagée pour une réorganisation du monde de la santé orale avec une gradation dans les interventions, liée à la demande de soins buccodentaires.

Elle doit s'envisager dans le cadre de coopérations entre l'offre de soins de ville et hospitalière inter et transdisciplinaires :

- diabétologue pour la gestion de la maladie parodontale ;
 - dermatologue pour les pathologies des muqueuses buccales ;
 - chirurgien maxillo-facial pour les cancers de la cavité buccale ;
 - oncologue, radiothérapeute pour les suivis des conséquences des traitements des cancers et la prévention des complications buccodentaires ;
 - gynécologue et sage-femme pour les suivis de maladie parodontale ;
 - psychiatre addictologue pour la gestion des conduites addictives ;
 - psychiatre, nutritionniste, pour la gestion des troubles du comportement alimentaire,
 - gériatre pour le bien vieillir en santé ;
- etc.

Dans ce contexte, les professionnels de santé, dont les chirurgiens-dentistes, doivent travailler davantage en inter et transprofessionnalité (Cf. recommandation 10). Cette organisation devra bien sûr s'appuyer sur un tissu territorial éliminant toute zone blanche.

5.3. Soutenir la démographie professionnelle dans les territoires

Recommandation 30 : renforcer les stages au sein des cabinets libéraux/ hôpitaux périphériques/ centres de santé, en particulier en zone sous-dotée (Outremers) pour les étudiants de 6ème année d'odontologie

OMS : Objectif 3 : personnels de santé

Les jeunes chirurgiens-dentistes doivent être mieux préparés à une pratique de ville par un apprentissage par les pairs en situation de soins.

²¹⁹ démarche structurée de planification en promotion de la santé.

²²⁰ renforcement de sa capacité à...

Le savoir issu de l'expérience des praticiens libéraux et des praticiens hospitaliers des centres hospitaliers périphériques constitue une ressource pour enrichir la formation des étudiants en odontologie, sous réserve que ces professionnels puissent être formés à la maîtrise de stages pour déployer des étudiants de 6^{ème} année sur les territoires au sein des cabinets libéraux/ hôpitaux périphériques/ centres de santé, en particulier en zones sous-dotées (dont les Outremer). Cette mesure permettra non seulement de confronter les étudiants aux réalités du terrain, aux enjeux de santé publique et de travailler en inter et transdisciplinarité, mais aussi de désenclaver la formation délivrée dans les CHU. Ces maîtres de stage ont vocation à réaliser un trait d'union entre le savoir académique, le savoir de terrain et la connaissance du territoire. Cette ressource en maîtres de stage viendra renforcer l'équipe pédagogique des facultés d'odontologie.

5.4. Développer le partage de compétences

Recommandation 31 : promouvoir la mise en place d'assistant.e.s en médecine buccodentaire (assistant.e.s de niveau 2) ainsi que la création et la formation d'assistant.e.s en médecine buccodentaire et d'assistant.e.s dentaires hospitalier.e.s

OMS : Objectif 3 : personnel de santé

Élargir le champ de compétences des acteurs de la santé orale permettra de dégager du temps au bénéfice des usagers dans leur rapport à la santé orale. Le niveau 2 des assistant.e.s dentaires doit être mis en œuvre rapidement.

L'assistant.e en médecine buccodentaire (assistant.e dentaire de niveau 2 -AD2-)

Prévue par la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification²²¹, l'assistant.e en médecine buccodentaire pourra, sous la responsabilité du chirurgiens-dentistes, contribuer à certains actes d'imagerie à visée diagnostique, aux actes prophylactiques, aux actes orthodontiques et à des soins post-chirurgicaux. Ce statut d'assistante ou assistant de niveau 2 (AD2) sera subordonné à l'obtention préalable d'un titre de formation, dont les modalités et le contenu seront fixés par arrêté, après discussion avec l'Ordre et les autres acteurs. Il s'agit d'une avancée véritablement significative pour les chirurgiens-dentistes libéraux, voire pour les établissements médico-sociaux (possibles terrains de stage sous convention ou d'intégration professionnelle pour ces AD2 en formation, en termes de prophylaxie, d'hygiène buccodentaire et alimentaire, etc.).

Cette mesure aura peu d'impact pour les chirurgiens-dentistes hospitaliers, le statut de la fonction publique ne reconnaissant pas celui des assistant.e.s dentaires. Cette évolution est attendue pour que des assistant.e.s dentaires puissent être recrutés dans les services hospitaliers et intégrés pleinement dans leur fonctionnement.

L'assistant.e. en médecine buccodentaire hospitalier.e

Dans le même esprit et pour l'hôpital, des assistant.e.s « AD2 », pourraient être formé.e.s au sein des facultés d'odontologie et des CHU.

Les missions qui pourraient leur être confiées concerneraient :

- la prévention et la sensibilisation en hygiène buccodentaire, la sensibilisation à l'importance des soins médicaux et dentaires ;

²²¹ LÉGIFRANCE. LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043421566>

- des propositions de conseils quant aux habitudes alimentaires/nutritionnelles et modes de vie, entretiens des dispositifs prothétiques, qui peuvent prolonger l'effet de la séance de nettoyage dentaire professionnel. Dans certains cas, ces activités didactiques pourraient s'adresser à un public plus vaste et se dérouler dans les écoles et instituts de formation de différents degrés et favoriser ainsi l'inter et la transdisciplinarité ;
- la contribution à l'organisation de consultations « blanches » pour les personnes en situation de handicap et un positionnement en tête de pont pour la coordination des soins aux personnes les plus fragiles au sein d'un CH/CHU/ établissements privés.

Leur formation pourrait s'intégrer dans le processus d'universitarisation des professions paramédicales, à l'image des préparateurs en pharmacie. En effet, une formation « complémentaire » buccodentaire aux aide-soignant.e.s au sein des IFAS permettrait, à terme, pour certain.e.s d'entre ils/elles de postuler au dispositif passerelle pour poursuivre un cursus odontologique.

6. Interroger le financement du système de santé

6.1. Évaluer et faire évoluer le 100 % santé

Recommandation 32 : inscrire le dispositif 100 % santé dans un accès aux soins sans discrimination en ajustant les paniers de soins

OMS : Objectif 4 : soins buccodentaires

Protéger les usagers et prévenir les dérives d'une recherche excessive de profits liés aux mécanismes de la financiarisation

Dans une perspective de lutte contre les inégalités de santé, des solutions de financement qui ne pénalisent pas les personnes les moins favorisées devraient être promues. Cela impose d'améliorer l'offre de soins du 100 % santé pour éviter toute discrimination dans cette offre.

La nouvelle convention prévoit l'ouverture du 100 % santé à la prise en charge de nouvelles prothèses à partir du 1er janvier 2026. Il est, ainsi, prévu que les patients puissent bénéficier, avec un reste à charge nul, de couronnes et bridges en zircone. L'introduction de matériaux, dont les propriétés sont proches des dents naturelles (en termes d'aspect et de résistance), représente une innovation importante. Pour autant, cette avancée ne concerne pas les prothèses amovibles à infrastructure métallique (type stellite à base titane), ni les implants.

Il convient donc :

- de faire passer des actes du panier modéré dans le panier RAC 0, en particulier les prothèses à infrastructure métallique (stellite à base titane), notamment en vue d'appliquer le principe de précaution sur les risques liés à la composante métallique chrome/cobalt,
- d'intégrer l'implantologie dans le dispositif 100 % santé.

Le fait que les prothèses sur implants, mais aussi les implants eux-mêmes, ne puissent faire l'objet d'une prise en charge au titre du 100 % Santé revient à pénaliser les patients dont l'état buccodentaire est le plus altéré. En effet, ces derniers risquent de renoncer aux soins jusqu'au moment où la seule option curative soit la pose d'une prothèse complète ou d'un bridge après que la ou les dents malades aient été extraites ou soient « tombées » d'elles-mêmes. La question de savoir si l'implantologie s'inscrit dans le registre des soins de confort ou de la « dentisterie esthétique » plutôt que dans celui de la restauration, en plus d'être mal posée, apparaît comme complètement dépassée (Cf. recommandations HAS de 2010).

Une offre en implantologie doit donc de toute urgence intégrer le dispositif 100 % Santé : a minima pour les patients édentés totaux, dont la prise en charge d'implants pour stabiliser une prothèse totale mandibulaire devrait être mise en place.

De même, pour les patients atteints d'un cancer, les soins buccodentaires doivent impérativement être inclus dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD), que ce soit avant un traitement anticancéreux pour prévenir les effets indésirables prévisibles liés à celui-ci, mais aussi pendant et à distance des traitements oncologiques. Il en est de même pour toutes les maladies chroniques y compris pour les personnes souffrant de troubles psychiques, comme c'est désormais le cas pour les ALD 5, 7, 13, 22 et 27 dans l'offre de soins 100 % santé.

6.2. Contrôle des dérives marchandes du système de santé (marchandisation / financiarisation) : l'intervention des pouvoirs publics attendue

Recommandation 33 : accompagner un développement régulé des activités dentaires en centres de santé et coordonner les moyens de contrôles sanitaires, conventionnels et fiscaux

OMS : Objectifs 1 : Gouvernance de la santé buccodentaire

Se donner les moyens de contrôle et d'intervention plus rapide avant amplification des situations déviantes et irrégulières.

Avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite : « Hôpital, patients, santé, territoires » ou « HPST » ou loi BACHELOT), les centres de santé « associatifs » (CDSA) se sont largement développés dans les centres urbains pour tenir compte des investissements et de leurs coûts d'ouverture et de fonctionnement. Leur équilibre financier peut, en effet, rapidement être mis en péril en zones sous-dotées. En retour, l'idée de faire peser sur le seul segment libéral la charge d'accroître la densité en chirurgiens-dentistes dans ces territoires, pour assurer une répartition géographique plus équitable à l'échelle du pays, n'est pas sans poser des défis spécifiques (l'installation dans un territoire sous ou très doté ne pouvant être dissociée de la qualité de vie et des services, notamment publics, qu'on peut y trouver). Les évolutions introduites par la loi dite « BACHELOT » pour faciliter le développement de structures d'exercice coordonné a, notamment dans le champ des activités dentaires, ouvert la voie à des sociétés commerciales déguisées en associations prétendument à but non-lucratif, davantage intéressées par la rentabilité de l'investissement que par la santé des patients. La loi n° 2023-380 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé²²², dite « loi RIST », répond en partie à ces défis. (Cf. VII. La financiarisation de la santé buccodentaire : éviter les pièges)

Toutefois, il revient aux autorités publiques :

- de sanctionner les comportements déviants (voire de procéder à des fermetures), notamment lorsqu'il y a mise en danger des patients ou fraude à l'assurance maladie ;
- de contrôler l'absence de liens d'intérêts entre les gestionnaires, les praticiens et les fonds investis pour créer ou gérer la structure ;
- de contrôler davantage ces structures avec une surveillance mieux organisée entre ARS et Assurance maladie (y compris via la mise en place d'une nouvelle structure dédiée, pour des fonctions de contrôleurs/inspecteurs rattachés aux ARS ou à la sécurité sociale) ;

²²² [LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé \(1\) - Légifrance](#)

- d'accompagner les installations de cabinets ou de structures « saines » dans les zones touchées par la raréfaction de l'offre de soins primaires en santé orale.

Recommandation 34 : faire appliquer les sanctions et poursuites et en faire publicité

OMS : Objectif 1 : Gouvernance de la santé orale

Le développement rapide de centres de santé dentaires associatifs, initiés par des acteurs porteurs d'intérêts financiers, inquiète. Ces opérateurs ont décelé, dans la volonté politique affichée en 2010 par la « loi HPST » pour développer les exercices coordonnés de proximité et l'abandon d'un agrément préalable pour les centres de santé, des opportunités :

- l'existence ou l'émergence d'un marché (celui du « low-cost » ou du « moindre coût »),
- l'aspiration des nouvelles générations de praticiens au salariat,
- les tensions sur la démographie de la profession et la perception d'une difficulté d'accès aux soins par les populations,
- le renchérissement des investissements et coûts de fonctionnement des cabinets qui impose de faire appel à des financeurs extérieurs.

Ce mouvement s'est traduit par des dérives, des abus, des scandales dont les responsables doivent encore rendre des comptes devant la justice. Les réactions des autorités, toujours trop lentes dans ce type de circonstances, se sont focalisées sur 2 approches : une approche conventionnelle et une approche réglementaire avec une stratégie punitive et préventive.

Le fonctionnement des centres de santé, qui pratiquent obligatoirement le tiers payant avec l'Assurance maladie et les assurances complémentaires, fait de la relation conventionnelle une pièce centrale. Les centres de santé sont régis par une convention qui leur est propre (tout en appliquant la même nomenclature et les mêmes actes que l'ensemble de la profession dentaire). Le cadre conventionnel a durci et étendu les sanctions par voie d'avenant dès 2022. Cela a donné le cadre pour l'instruction de contrôles qui ont été systématisés et ont permis de révéler, en parallèle des scandales, des opérations frauduleuses organisées. Des sanctions ont été prises avec l'aval de tous les représentants des centres de santé reconnus représentatifs. Dans le même temps, une période d'observation sur les pratiques de facturation a été instaurée au démarrage des activités des nouvelles structures. Les dispositions de régulation des installations des chirurgiens-dentistes en zone « non prioritaire », applicables à partir du 1er janvier 2025 aux chirurgiens-dentistes libéraux, sont transposées à l'identique aux centres de santé.

Le cadre réglementaire relatif aux sanctions relatives à l'exercice de l'odontologie est défini par le décret d'application n° 2024-568 du 20 juin 2024²²³ de la loi n° 2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé (dentaires, ophtalmologiques ou orthoptiques – dite « loi KHATTABI »)²²⁴. Un renforcement des sanctions (dont le barème des amendes administratives) et des points de contrôle, notamment avec la réintroduction de l'agrément « préalable » (incluant dans la loi toutes structures déjà existantes) a été mis en place. Cet agrément cherche à vérifier toutes les sources de conflits d'intérêts et la qualification de tous les professionnels participant aux soins. La loi donne, en outre, aux chirurgiens-dentistes un droit d'alerte auprès des directeurs généraux des ARS sur les dysfonctionnements constatés avec les gestionnaires. »

Ces dérives, abus et scandales ont porté atteinte à l'intégrité physique de personnes. Elles fragilisent la confiance des usagers vis-à-vis de l'ensemble de la profession. Elles détériorent

²²³ [Décret n° 2024-568 du 20 juin 2024 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé - Légifrance](#)

²²⁴ LÉGIFRANCE. LOI n° 2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561943>

l'image et la raison d'être des centres de santé voués à l'accès aux soins sur un fondement non lucratif. Elles renvoient l'ensemble du système devant ses principes et ses responsabilités.

Recommandation 35 : aider les centres de santé qui s'engagent sur les enjeux de santé publique buccodentaire

OMS : Objectifs 1 : Gouvernance de la santé orale

Soutenir les acteurs qui s'engagent en santé publique pour et avec les usagers

Les centres de santé, animés par des acteurs à volonté « non lucrative », doivent être soutenus car la coanimation professionnelle de santé et gestionnaire offre des capacités d'intervention et d'engagement sur le territoire auprès d'autres acteurs sanitaires et sociaux, en particulier sur le développement d'actions de prévention en facilitant le rapprochement des parcours de prévention et l'intervention par le soin. Cette complémentarité dans la conduite de l'action permet d'intégrer plus facilement une dimension pluri et interprofessionnelle dans la conduite des actions. Les interfaces entre acteurs du tissu associatif de proximité jusqu'à l'hôpital en passant par la mobilisation d'autres professionnels sont facilitées dans ce mode d'organisation.

Recommandation 36 : créer une section « dentaire » dans l'Observatoire de la financiarisation proposé par l'assurance maladie

OMS : Objectif 1 : Gouvernance de la santé orale

La financiarisation est un fléau pour le système de santé en manque de moyens dédiés. L'observatoire de la financiarisation doit chercher à comprendre les mécanismes qui agissent dans les soins dentaires pour s'en prémunir lorsqu'ils enfreignent la loi et l'éthique de la santé.

L'activité du chirurgien-dentiste ne devrait jamais être inféodée à des indicateurs de performance et de rentabilité, qui n'ont pas leur place en médecine et chirurgie buccodentaire. On ne peut que regretter la facilité avec laquelle des indicateurs se sont développés dans le secteur du commerce dentaire, alors que leurs équivalents dans le domaine de la qualité des soins peinent à émerger. L'histoire récente de certains centres dentaires, mais pas seulement des centres, a montré que ce sont les dérives financières qui produisent du risque sanitaire. Or, plusieurs éléments, contre lesquels il convient de lutter, favorisent l'instauration d'un climat délétère à la profession d'autant que laisser la santé aux mains de financiers revient à accepter pleinement la logique du retour sur investissement.

L'Observatoire de la financiarisation proposé par l'Assurance maladie²²⁵ viserait à analyser et à surveiller l'impact de la financiarisation du secteur de la santé. La mise en place de cet observatoire interviendrait dans un contexte où le financement de la santé en France est de plus en plus touché par les pressions économiques, les besoins démographiques (vieillesse des populations), et les défis liés aux innovations technologiques et pharmaceutiques. Parallèlement, la question de la privatisation et des logiques financières qui s'imposent dans certaines parties du secteur (comme les hôpitaux privés ou certaines assurances santé) devient un sujet central dans le débat sur la gouvernance en santé.

En regard des enjeux de financiarisation dans le champ de la santé orale, une section « dentaire » doit y être créée spécifiquement pour :

²²⁵ [Rapport Charges et Produits pour 2024 | L'Assurance Maladie | Presse](#)

- suivre les évolutions financières dans le secteur de la santé,
- analyser les impacts sur la qualité des soins,
- évaluer la soutenabilité financière du système de santé,
- proposer des solutions de régulation et de transparence.

Recommandation 37 : renforcement de la surveillance et amélioration de l'encadrement des communications relatives aux soins dentaires : enjeux et régulation de la marchandisation

OMS : Objectif 1 : Gouvernance de la santé orale

Préserver la santé orale des dérives commerciales ou d'effets de mode qui ont des effets délétères sur les dents ou la bouche.

La « marchandisation » ou « *commodification* »²²⁶ qualifie un processus consistant à transformer en marchandises des biens et services qui, jusque-là, n'étaient pas marchands.

La marchandisation dans le domaine de la santé buccodentaire recouvre plusieurs dimensions. Elle entraîne d'ores et déjà des dérives. L'installation durable de ces pratiques dans l'accès à la santé buccodentaire influence les comportements des professionnels et des usagers.

La pratique de la médecine buccodentaire est cernée par le marché, notamment avec les fournisseurs de matériel et l'approvisionnement en consommables²²⁷ et autres prestations de service liées au fonctionnement des cabinets (maintenance, évacuation des déchets à risque infectieux, formations, accréditations...). Le marketing commercial de l'industrie est omniprésent, y compris dans les formations universitaires. Il est attendu que les industriels, fabricants et fournisseurs du secteur soient impliqués dans l'innovation, la recherche et le développement de solutions biotechnologiques et pharmacologiques ainsi que dans la vente de réactifs et de dispositifs médicaux et numériques aux praticiens et gestionnaires des structures de soins recevant de la patientèle. Cette logique de « marché » s'accompagne de risques pour la santé buccodentaire qu'il faut mesurer et endiguer.

Différentes pratiques publicitaires directes (comme peuvent le pratiquer certains centres de santé associatifs - CDSA) ou indirectes (à travers des stratégies d'influence) ont cours dans le secteur dentaire. Les opérateurs et les influenceurs qui font de la publicité cherchent à vendre des soins lucratifs (des prothèses ou des aligneurs, plus rarement des détartrages...), avec un risque associé de surconsommation de la part du patient (un message publicitaire créé de nouveaux besoins). Il s'agit donc du risque d'une surmédicalisation et d'interventions médicales inutiles ou excessives, mais aussi de surtraitement et de soins éthiquement et médicalement inacceptables. Ces pratiques « commerciales » ne sont pas harmonisées en Europe exerçant, d'ailleurs, une pression sur l'activité en France avec des opérations de « tourisme sanitaire » qui peuvent affecter l'odontologie (prothèses – implantologie...).

Une attention particulière et une accentuation de la surveillance devraient être rapidement portées sur l'activité des influenceurs sur les réseaux sociaux, résidant fréquemment à l'étranger. Ces derniers touchent, en effet, des rémunérations et des avantages en nature en échange de placement et promotion de produits d'hygiène, d'orthodontie (aligneurs), de facettes, voire de

²²⁶ (terme anglo-saxon)

²²⁷ SNITEM. Le site pour tout comprendre sur le DM. Santé bucco-dentaire. Disponible sur : <https://www.snitem.fr/le-dispositif-medical-dm/dm-et-specialites-medicales/sante-bucco-dentaire/>, etc.

prothèses (taille en « dents de requins »)²²⁸ qui abiment les dents de manière irréversible. Les dimensions commerciales et entrepreneuriales de leurs activités devraient être clairement séparées des problématiques de liberté d'expression et d'opinion et conduire à une régulation spécifique et à une application réelle des lois déjà en vigueur.

L'industrie des produits et services dentaires investit de plus en plus profondément les organismes de formation, voire les filières de formation (universités privées) : les cadeaux et avantages sont proscrits par la loi, mais les liens et conflits d'intérêts peuvent garder de profondes ramifications. Dans le même temps, le « marché » guide les investissements dans la recherche privilégiant le curatif au préventif qui ne peut pas afficher de « rentabilité » en termes de services ou de produits (sauf dispositifs d'hygiène bucco-dentaire et dentifrice...).

7. Innover pour la santé orale avec des décisions éclairées

7.1. Les pratiques durables sont au cœur des enjeux du futur

Recommandation 38 : mise en place et financement d'un programme national de recherche en santé orale

OMS : Objectif 6 : programme de recherche en santé buccodentaire

Toutes et tous les acteurs : décideurs, professionnels et usagers ont besoin de dispositions nationales pour anticiper, nourrir la connaissance par un processus organisé et coordonné de recherche en santé publique sur toutes les dimensions de la santé orale.

Le financement de la recherche en santé orale est un sujet crucial pour améliorer la prévention, la littératie en santé orale, la qualité des soins et l'accès aux traitements. Dans cet esprit, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé que, d'ici 2030, 50 % des pays disposent d'un programme national de recherche en santé orale. L'OMS encourage donc les États membres²²⁹ à trouver des financements publics pour soutenir ces programmes. Nous regrettons que notre pays n'ait plus conduit d'enquête épidémiologique nationale depuis 18 ans, nous privant ainsi de données précieuses sur les corrélats socio-économiques de la santé orale.

Il existe de nombreux sujets de recherche en cours et, de nombreuses questions restent en suspens faute de moyens concernant :

- l'impact des systèmes de soins buccodentaires sur l'environnement ;
- la prévention des maladies buccodentaires, des cancers de la cavité buccale, des virus HPV, des caries et des maladies parodontales, avec création de banques de données en santé buccodentaire (médicales et biologiques) ;
- la bio-ingénierie et les cellules souches qui sont utilisées pour régénérer les tissus dentaires et osseux endommagés, offrant de nouvelles solutions pour les patients ayant subi des pertes dentaires ;
- l'étude des liens entre la santé orale et des maladies systémiques, telles que le diabète et les maladies cardiovasculaires, etc. pour mieux comprendre comment les maladies buccodentaires peuvent influencer la santé générale ;
- la résilience des services de soins buccodentaires en période de crises sanitaires ;

²²⁸ France INTER. La personnalisation dentaire, la tendance controversée qui a conquis la Gen Z. Disponible sur :

<https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/un-monde-nouveau/un-monde-nouveau-du-mercredi-26-juin-2024-3413870>

²²⁹ OMS, Pays membres. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/countries>

- la menace croissante pour la santé publique que représente la résistance aux antimicrobiens, amplifiée par les défis de la prévention et de la maîtrise des infections ;
- les technologies mobiles et à distance utilisant les téléphones intelligents et d'autres technologies numériques élargissant la portée et les approches en matière de connaissances en santé qui, en corollaire, peuvent être sources de difficultés dans les relations patient-prestataire de soins, avec la question de la protection des données ;
- la détection précoce des maladies et l'accessibilité des soins buccodentaires ;
- les moyens d'améliorer l'accès aux soins dentaires pour les populations « défavorisées » et la réduction des inégalités en santé buccodentaire ;
- l'intelligence artificielle et l'imagerie 3D de plus en plus utilisées pour améliorer le diagnostic et le traitement des maladies buccodentaires ;
- des études médico-économiques et des études d'impact...

Cela nécessite d'élaborer, soutenir et financer un programme national de recherche en santé publique inscrit dans la loi de programmation de santé publique, avec une gouvernance propre et un financement pluriannuel dédié et sanctuarisé.

Recommandation 39 : développer la gestion des risques environnementaux au cabinet dentaire

OMS : Objectif 3 : personnel de santé

Approche « une seule santé » ou « One health » pour la préservation de la santé de chacun à travers les gestes de tous.

Dans le cadre d'une approche systémique de la santé intégrant un mouvement social pour soutenir l'action collective de santé publique à tous les niveaux de la société, il est important que tout professionnel de la santé orale soit, désormais, sensibilisé à la nécessité de mettre en œuvre des actions durables dans la communauté dentaire comme :

- limiter les déplacements du personnel et des patients grâce à une réduction de l'incidence des affections orales, une meilleure organisation logistique des rendez-vous et le développement des outils numériques. Ces efforts doivent aller de pair avec la maîtrise des effets rebonds des activités numériques qui représentent un impact environnemental significatif en matière d'émissions de gaz à effet de serre, de pollution chimique et d'extraction de matières premières, en privilégiant le « *low-tech* »²³⁰, plutôt que l'hyper-technologisation, à chaque fois que cela est envisageable ;
- développer des chaînes de production et d'approvisionnement locales et à moindre impact environnemental, notamment pour les produits de santé ;
- réduire la production de déchets et augmenter les possibilités de recyclage, notamment pour les consommables à usage unique ;
- maîtriser l'utilisation des produits chimiques dangereux, que le risque soit avéré, présumé ou suspecté, évaluer la balance bénéfico-risque (bénéfice sanitaire/risque environnemental) et appliquer le principe de précaution pour les risques émergents tels que ceux relatifs aux perturbateurs endocriniens et aux nanomatériaux. Ces mesures concernent les produits de santé et les procédures d'entretien et de désinfection. Il s'agit notamment d'intégrer la démarche d'éco-prescription, d'éviter sur-qualité et sur-traitement et de veiller au prérequis suivant : qualité et sécurité des soins ne doivent pas être atteintes aux dépens des environnements naturels ;

²³⁰ technologies à impact environnemental moindre

- réaliser des études pour mieux comprendre ce que sont prêtes à mettre en œuvre les personnes pour concilier santé orale et planétaire.

Recommandation 40 : développer des outils performants pour évaluer la qualité des soins et aller sur l'évaluation de la performance des soins

OMS : Objectif 6 : programme de recherche en santé buccodentaire

Une approche objective de la qualité des soins est un attendu propice à rétablir la confiance des usagers.

Il existe peu de données et quasiment aucun contrôle sur la qualité des soins, sauf a posteriori en situation d'échec thérapeutique et/ou de litige. Dans ces 2 cas de figures, une certaine conception du principe de confraternité et des expertises où la démonstration de la preuve est à la charge du patient, en raison d'une asymétrie d'information, de compréhension et d'une faible capacité à expliquer la nature complète des actes réalisés sur les usagers du système de santé ou sur leurs proches, limitent la capacité et la mise en œuvre de leurs droits en la matière.

Il est donc urgent :

- de définir des moyens de mesure périodiques et un canevas objectif permettant d'évaluer la qualité des soins ;
- de créer et généraliser une telle boîte à outils rendant ainsi possible l'audit des travaux effectués en bouche, afin de juger si leur exécution s'est déroulée dans le respect des données acquises et actuelles de la science ;
- de questionner la notion de qualité, en englobant les notions de pertinence et de durabilité, seules à même de réduire à terme les dépenses de santé à l'échelle collective. En effet, mal soigner coûte cher à la collectivité car des soins de restauration toujours plus lourds et invasifs doivent être conduits lorsque les soins initiaux ont échoué, les patients s'inscrivant alors dans un cycle restaurateur pour le restant de leur existence (s'ils ne renoncent pas aux soins). Pour l'heure, alors que des critères consensuels semblent disponibles, permettant d'objectiver la notion de « mauvais soin » (dévitalisation lacunaire, prothèse mal ajustée, carie insuffisamment curetée, collage non-étanche...), le concept de « soin de qualité » apparaît comme étant plus évasif (au niveau des choix thérapeutiques, esthétiques, matériels et des réalisations techniques) ;
- d'être vigilants, à ce titre, à l'usage de plus en plus répandu des systèmes de notation en ligne, qui ne peuvent se substituer à un système de mesure et de suivi de la qualité des soins (ex : avis Google, qui constituent un indicateur de satisfaction, et non une mesure de la qualité des soins) ;

Toutes ces questions soulevées par la mesure et l'évaluation de la qualité des soins ne peuvent se concevoir sans tenir compte des notions de complexité et d'incertitude propres à l'exercice médical (approche systémique vs cybernétique²³¹) qui se marie bien avec l'interprétation processuelle de la nature profonde de la santé.

²³¹ DICTIONNAIRE DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE. Cybernétique. Disponible sur : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C5393> :

Recommandation 41 : encourager le déploiement du numérique en santé orale et la santé mobile (M-Oral health)

OMS : Objectif 4 : soins bucco-dentaires

La santé orale n'est pas hors de son temps, le numérique et ses outils, les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTICs) doivent aider à aller vers ceux qui n'en ont pas l'usage²³².

La santé numérique fait partie des secteurs prioritaires des plans de relance et d'innovation « France 2030 »²³³ et la stratégie d'accélération « Santé numérique » apporte des éléments de réponse aux différents enjeux de santé avec des financements dédiés suffisants.

Parmi les usages attendus de la santé numérique, la meilleure coordination et la mise en œuvre d'un suivi efficace des patients dépendent de 3 facteurs : l'implantation de la technologie, mais aussi la manière d'organiser l'activité des infirmières/personnels de coordination pour traiter l'information, et l'adoption par des patients et des soignants tous correctement formés. Par exemple, l'appropriation par les médecins est améliorée lorsque l'activité des infirmière.e.s permet de sélectionner les informations cliniques pertinentes et d'assurer une délégation de tâches²³⁴. Des stratégies doivent être conçues à ce niveau des usages pour permettre de concrétiser les promesses de la santé numérique.

Depuis le « Ségur du numérique en santé », les chirurgiens-dentistes, exerçant en ville, peuvent s'équiper sans frais de logiciels compatibles avec « Mon espace santé »²³⁵ et permettant :

- le partage des documents dans le Dossier médical partagé (DMP)²³⁶, permettant la consultation par d'autres professionnels via le DMP et par le patient via Mon espace santé,
- le référencement des données grâce à l'Identité nationale de santé (INS)²³⁷,
- les échanges avec le patient et d'autres professionnels de santé via MSSanté²³⁸,
- la mise en place de l'ordonnance numérique,
- l'identification électronique des professionnels de santé via ProSanté Connect²³⁹.

Ce dispositif, appelé « Système ouvert et non sélectif » (SONS)²⁴⁰, est un financement incitatif proposé par l'État, pour soutenir les professionnels dans la modernisation et la sécurisation des logiciels métiers afin qu'ils soient compatibles et intègrent les exigences portées par le

²³² OMS. Mobile technologies for oral health: an implementation guide. Disponible sur <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035225>

²³³ Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie et de la souveraineté industrielle et numérique. France 2030 : un plan d'investissement pour la France. – 2023 - Disponible sur : <https://www.economie.gouv.fr/france-2030>

²³⁴ CHARPIGNY M, HADA S, VITALIS E, VILLEBRUN F. (2021). Infirmières en pratique avancée (IPA) : présentation, bilan et perspectives 5 ans après la loi. Les cahiers de santé publique et de protection sociale, n° 36. Disponible sur : <https://www.pwc.fr/fr/publications/sante-et-protection-sociale/les-ipa-revolution-pour-parcours-sante.html>

²³⁵ MON ESPACE SANTÉ. Le service public pour gérer sa santé. Disponible sur : <https://www.monespacesante.fr/>

²³⁶ DMP - Le dossier médical partagé. Disponible sur : <https://www.dmp.fr/>

²³⁷ L'ASSURANCE MALADIE. L'identité nationale de santé (INS). Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/identite-nationale-sante-ins>

²³⁸ MSSANTÉ - Pour échanger vos données de santé de manière sécurisée. Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/produits-services/mssante>

²³⁹ PRO SANTE CONNECT - Référentiel et moyen d'identification électronique. Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/produits-services/pro-sante-connect>

²⁴⁰ LES WEBINAIRES DE L'Agence du numérique en santé (ANS). Ségur - Tout savoir sur le Système ouvert et non sélectif (SONS). Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/webinaires/segur-tout-savoir-sur-le-systeme-ouvert-et-non-selectif-sons>

« programme Ségur » (interopérabilité, sécurité, intégration des services et référentiels socles, etc.). Il est encadré par un arrêté.²⁴¹

Recommandation 42 : orienter vers une rémunération prenant en compte des objectifs de santé publique en santé orale

OMS : Objectif 4 : soins buccodentaires

La Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des médecins généralistes a été instituée par la convention médicale de 2011. Elle s'inspire d'un dispositif mis en œuvre en Angleterre depuis le début des années 2000, le « *Quality and Outcomes Framework* »²⁴². Il s'agit d'une rémunération complémentaire (forfaitaire) prenant la forme d'une prime calculée annuellement sur la base de la patientèle du professionnel de santé. Le calcul de cette prime repose sur un des indicateurs de santé publique (prévention secondaire) pour lesquels un taux de réalisation annuel est calculé.

Cette approche, qui évolue désormais pour les médecins, pourrait être adaptée à la pratique des chirurgiens-dentistes. In fine, une part de rémunération sur objectifs de santé publique entrerait dans les honoraires des chirurgiens-dentistes, versés par l'Assurance maladie. Elle pourrait également s'articuler aux dispositifs de développement professionnel continu (DPC). D'une façon plus générale, la mise en place de dispositifs de financement à la qualité nécessite certains prérequis stratégiques et techniques pouvant générer des travaux informatiques et statistiques importants, qui en conditionnent la faisabilité initiale et la maintenance dans le temps.

Recommandation 43 : concevoir le cahier des charges des appels d'offres de prévention buccodentaire de l'assurance maladie dans une logique de recherche-actions

OMS : Objectif 2 : promotion de la santé orale et de la prévention des maladies buccodentaires

En 2016, la Cour des comptes fait le constat que la politique française de prévention dentaire assure « une prévention effective uniquement pour les moins de 18 ans et les femmes enceintes et laisse de côté près de 80 % de la population », tout en recommandant à l'État d'« adopter une stratégie de santé publique couvrant l'ensemble de la population »²⁴³.

Il est important de développer la recherche en santé publique, comme cela a été fait dans d'autres champs (cancers, sida, maladies rares et/ou émergentes...) et de créer les conditions des synergies entre disciplines et équipes. Ce programme doit être complété par des actions structurantes permettant à la France d'accentuer la conduite ou la participation à des programmes européens. L'intérêt sera de s'inscrire clairement dans une double logique de « *Global Health* » et de « *One Health* ». Il est, en outre, proposé de développer les sciences participatives en santé orale. L'objectif est de faire émerger des thématiques de recherche au plus proche des préoccupations des populations. Cela suppose d'impliquer les collectivités territoriales et les associations dans la définition des questions de recherche en santé publique

²⁴¹ SÉGUR NUMÉRIQUE. Publication de l'arrêté modificatif pour la mise en œuvre des contrôles a posteriori des dispositifs SONS de la vague 1 du Ségur numérique. Disponible sur : <https://industriels.esante.gouv.fr/actualites/toutes-les-actualites/publication-arrete-modificatif-mise-en-oeuvre-controles-a-posteriori-dispositifs-sons-vague-1-segur-numerique>

²⁴² FORBES LJ, MARCHAND C, DORAN T, PECKHAM S. The role of the Quality and Outcomes Framework in the care of long-term conditions: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2017 Nov;67(664):e775-e784. doi: 10.3399/bjgp17X693077. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5647921/>

²⁴³ Cour des comptes : « Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder ». in Rapport. Septembre 2016 pp 245-286. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160920-rapport-securite-sociale-2016-soins-bucco-dentaires.pdf>

ainsi qu'aux différentes étapes de construction et de mise en œuvre des programmes de recherche.

Il convient de se pencher plus particulièrement sur la prévention à mener auprès des personnes à besoins spécifiques, celles qui sont les plus éloignées du système de santé, mais aussi auprès des étudiants, des nouveaux arrivants dans la vie active et des jeunes en situation de NEET (ni en emploi, ni en enseignement, ni en formation)²⁴⁴. Le cahier des charges des appels d'offres de prévention en santé orale devrait être revu et coconstruit avec les associations d'utilisateurs et celles du médico-social.

Recommandation 44 : faire émerger des pistes nouvelles par une réflexion plus collaborative

OMS : Objectif 6 : programme de recherche en santé buccodentaire

Trouver une dynamique mettant à contribution les utilisateurs sans négliger l'évolution des perceptions et des comportements.

Il conviendrait de mobiliser davantage les ressorts de la créativité et de l'intelligence collaboratives usager/acteur du système de soins buccodentaires pour faire émerger des propositions nouvelles, tenant compte à la fois du savoir-faire dentaire, des questions éthiques et des considérations financières propres au système de santé (où la question de la rentabilité ne peut pas se poser de la même manière que dans une société commerciale). Dans ce contexte, il convient d'identifier et d'évaluer de manière multifactorielle des co-déficits et des co-bénéfices sur des questions de santé susceptibles d'induire des effets multilatéraux majeurs, comme engager une politique sur plusieurs leviers économiques et culturels relatives à la modification de la consommation de sucre ou d'alcool, par exemple.

²⁴⁴ Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles. Étude de la DARES sur le profil et le parcours des NEET. DISPONIBLE SUR : <https://fse.gouv.fr/la-loupe/education/etude-de-la-dares-sur-le-profil-et-le-parcours-des-neet#:~:text=Les%20NEET%20sont%20des%20jeunes,crises%20économiques%20sur%20ce%20groupe.>

Remerciements

Monsieur le Président de la Conférence nationale de santé,
Monsieur le Président du Groupe de travail permanent spécialisé dans le domaine des droits des usagers du système de santé,

Le rapport que nous avons l'honneur de vous remettre est le résultat d'un travail important. Il est le fruit de nombreuses auditions et l'occasion de plusieurs échanges entre membres du Groupe de travail « santé buccodentaire » et du Groupe de travail permanent spécialisé sur les droits des usagers (GTPDU) de la Conférence nationale de santé (CNS).

Nous disons toute notre gratitude aux membres du groupe de travail « santé buccodentaire » pour leur disponibilité, leur inventivité et leur grande attention portée à l'amélioration de la santé buccodentaire des populations de notre pays. Ces travaux ont été conduits avec le souci permanent d'une démarche de démocratie en santé comme fil conducteur. Nous remercions le Secrétariat général de la CNS pour la qualité de son travail et pour l'intelligence avec laquelle ses membres ont synthétisé l'ensemble des auditions en prenant en compte scrupuleusement les attentes de la Conférence et de la Direction générale de la santé (DGS).

Nous espérons que ce rapport servira au décloisonnement de notre système de santé qui freine le dynamisme latent de notre pays. Nous espérons, surtout, qu'il pourra être source d'inspiration aux rédacteurs d'une future feuille de route sur la santé buccodentaire.

Au nom des membres du Groupe de travail spécifique, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président de la Conférence nationale de santé et Monsieur le Président du Groupe de travail permanent spécialisé dans le domaine des droits des usagers du système de santé, l'expression de notre haute considération.

Pour le Groupe de travail « santé buccodentaire » de la Conférence nationale de santé

Professeur Frédéric DENIS

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'F' followed by a horizontal line and a loop.

Liste des recommandations

Recommandation 1	Mise en place d'un observatoire de la santé orale
Recommandation 2	Mieux prendre en compte les déterminants structurels des pathologies buccodentaires
Recommandation 3	Globaliser le concept du soin en prenant en compte les déterminants de la santé orale
Recommandation 4	Nommer un Délégué national interministériel à la santé orale avec des postes créés dans toutes les ARS
Recommandation 5	Créer un diplôme d'études supérieures (DES) en santé publique pour l'odontologie et des postes <i>ad hoc</i> pour aller vers une formation interdisciplinaire en santé publique
Recommandation 6	Mettre en avant la santé buccodentaire dans la construction de la Stratégie nationale de santé, des projets régionaux de santé et de l'ensemble des plans et programmes de santé
Recommandation 7	Promouvoir un exercice coordonné des acteurs du système de santé orale et encourager leur insertion au sein des structures de soins primaires et renforcer la relation ville hôpital
Recommandation 8	Réformer en profondeur les études odontologiques pour répondre aux enjeux de santé des populations vivant en France
Recommandation 9	Assurer la présence des usagers pour l'enseignement de la relation de soins en santé orale
Recommandation 10	Favoriser le déploiement de programmes de prévention et/ou promotion de la santé orale au plus près des populations
Recommandation 11	Augmenter le budget consacré à la prévention primaire avec des taxes ciblées sur le sucre, les sodas, le tabac et l'alcool
Recommandation 12	Former, accompagner et déployer des chargés de prévention en santé orale
Recommandation 13	Favoriser l'« aller vers » en inter et transdisciplinarité
Recommandation 14	S'engager pour agir sur les déterminants commerciaux de la santé orale (sucre, tabac, alcool)
Recommandation 15	Rendre obligatoire le Nutri-score et y intégrer la dimension santé orale
Recommandation 16	Renforcer la taxation des sucres libres/ajoutés et des tabac/alcool pour protéger la santé orale et orienter ces recettes vers la prévention buccodentaire
Recommandation 17	Ancrer la promotion de la santé orale dans le parcours éducatif de santé de l'enfant
Recommandation 18	Renforcer les mesures de prévention secondaire
Recommandation 19	Accompagner et promouvoir la généralisation du brossage des dents à l'école
Recommandation 20	Agir pour le développement de la littératie en santé orale tout au long de la vie
Recommandation 21	Promouvoir de vastes actions nationales de marketing social de la santé orale
Recommandation 22	Garantir des formations initiale et continue dans le champ de la prise en charge des personnes à besoins spécifiques pour l'ensemble des professionnels de santé

Recommandation 23	Renforcer l'odontologie hospitalière
Recommandation 24	Aller vers des spécialités odontologiques visant une approche par population (DES d'odontologie pédiatrique)
Recommandation 25	Maitriser et réduire les dépassements d'honoraires afin de faciliter l'accès aux soins pour toutes et tous
Recommandation 26	Renforcer le parcours de soins et de santé orale des personnes les plus fragiles
Recommandation 27	Lutter contre les discriminations dans les refus de soins
Recommandation 28	Accompagner la démocratie en santé et le respect des droits des usagers pour aller vers un changement de paradigme en renforçant la capacité de mobilisation de la société civile organisée et des habitant.e.s dans le pilotage de la politique de santé orale
Recommandation 29	Aller vers une gradation des soins plus lisible pour les usagers
Recommandation 30	Renforcer les stages au sein des cabinets libéraux/ hôpitaux périphériques/ centres de santé, en particulier en zone sous-dotée (Outremers) pour les étudiants de 6 ^{ème} année d'odontologie
Recommandation 31	Promouvoir la mise en place d'assistant.e.s en médecine buccodentaire (assistantes de niveau 2) ainsi que la création et la formation d'assistant.e.s en médecine buccodentaire et d'assistant.e.s dentaires hospitalier.e.s
Recommandation 32	Inscrire le dispositif 100 % santé dans un accès aux soins sans discrimination en ajustant les paniers de soins
Recommandation 33	Accompagner un développement régulé des activités dentaires en centres de santé et coordonner les moyens de contrôles sanitaires, conventionnels et fiscaux
Recommandation 34	Faire appliquer les sanctions et poursuites et en faire publicité
Recommandation 35	Aider les centres de santé qui s'engagent sur les enjeux de santé publique buccodentaire
Recommandation 36	Créer une section « dentaire » dans l'Observatoire de la financiarisation proposé par l'assurance maladie
Recommandation 37	Renforcement de la surveillance et amélioration de l'encadrement des communications relatives aux soins dentaires : Enjeux et régulation de la marchandisation
Recommandation 38	Mise en place et financement d'un programme national de recherche en santé orale
Recommandation 39	Développer la gestion des risques environnementaux au cabinet dentaire
Recommandation 40	Développer des outils performants pour évaluer la qualité des soins et aller sur l'évaluation de la performance des soins
Recommandation 41	Encourager le déploiement du numérique en santé orale et la santé mobile (<i>m-Oral Health</i>)
Recommandation 42	Orienter vers une rémunération prenant en compte des objectifs de santé publique en santé orale
Recommandation 43	Concevoir le cahier des charges des appels d'offres de prévention buccodentaire de l'assurance maladie dans une logique de recherche-actions
Recommandation 44	Faire émerger des pistes nouvelles par une réflexion plus collaborative

Recommandations emblématiques pour faire entrer la santé orale dans la Stratégie nationale de santé

NOMMER UN DÉLÉGUÉ NATIONAL INTERMINISTÉRIEL À LA SANTÉ ORALE AVEC DES POSTES CRÉÉS DANS TOUTES LES ARS

PROMOUVOIR UN EXERCICE COORDONNÉ DES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ ORALE ET ENCOURAGER LEUR INSERTION AU SEIN DES STRUCTURES DE SOINS PRIMAIRES ET RENFORCER LA RELATION VILLE HÔPITAL

FAVORISER LE DÉPLOIEMENT DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET/OU PROMOTION DE LA SANTÉ ORALE AU PLUS PRÈS DES POPULATIONS

ACCOMPAGNER LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ ET LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS POUR ALLER VERS UN CHANGEMENT DE PARADIGME EN RENFORÇANT LA MOBILISATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ORGANISÉE ET DES HABITANTS DANS LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ORALE

MAÎTRISER ET RÉDUIRE LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES AFIN DE FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUTES ET TOUS

INSCRIRE LE DISPOSITIF 100 % SANTÉ DANS UN ACCÈS AUX SOINS SANS DISCRIMINATION EN AJUSTANT LES PANIERS DE SOINS

RENFORCER LA TAXATION DES SUCRES LIBRES/AJOUTÉS ET DES TABAC/ALCOOL POUR PROTÉGER LA SANTÉ ORALE ET ORIENTER CES RECETTES VERS LA PRÉVENTION BUCCODENTAIRE

[dernières relectures le 14/05/25]

Annexes

Annexe 1



Paris, le 31 janvier 2024

Lettre de mission du Groupe de travail « Santé bucco-dentaire »

A l'attention du Pr. Frédéric DENIS,

Membre de la SFSP et rédacteur en chef de la revue Santé publique

Monsieur le Professeur,

La santé bucco-dentaire, bien que faisant partie intégrante de la santé globale et du bien-être de tout être humain, a été longtemps négligée par les politiques de santé. Aujourd'hui, la reconnaissance collective de son importance est désormais bien établie.

La santé bucco-dentaire connaît de profondes transformations en France comme dans les autres pays développés. Sans être exhaustif, elle se caractérise notamment par une forte dimension de soins marquée par des inégalités sociales et territoriales massives, un recours à des matériaux et technologies innovantes, une importante demande de soins à visée esthétique, un modèle économique évolutif intégrant une forte financiarisation.

L'état de santé bucco-dentaire et l'accès aux soins bucco-dentaires présentent également de très fortes inégalités sociales et territoriales de santé. La mise en place du dispositif 100% tente de répondre pour partie à cet enjeu.

Enfin, les maladies bucco-dentaires partagent les principaux facteurs de risque d'autres maladies non transmissibles (MNT) : consommation de sucre, tabagisme et consommation nocive d'alcool.

La Commission permanente (CP) de la Conférence nationale de santé (CNS), réunie le 19 janvier 2024, a décidé, en cohérence avec son programme de travail adopté en juillet 2020, de mettre en place un groupe de travail sur le thème de la santé bucco-dentaire. Je souhaite vous en confier la direction au regard de vos compétences en ce domaine et de votre implication auprès des différents acteurs concernés.

Votre mission a pour objectif, à partir d'un diagnostic initial des besoins, de proposer à la CNS les recommandations essentielles permettant d'améliorer la santé bucco-dentaire des populations, notamment celle des personnes les plus vulnérables et de renforcer la résilience de notre système de santé. En particulier (mais sans visée limitative), nous vous demandons d'aborder les enjeux suivants :

1

- Accès à la santé et aux soins bucco-dentaire, dont impact du dispositif 100 % santé,
- Renforcement de la prévention et notamment la place de la santé bucco-dentaire dans le dispositif des consultations aux différents âges de la vie et situations (maladies chroniques, handicaps, notamment),
- Leviers d'action sur les déterminants commerciaux,
- Impact des dynamiques de financiarisation en œuvre,
- Intégration des soins bucco-dentaires avec les autres soins, articulation des professionnels de la santé bucco-dentaire avec les autres professionnels de santé, du médico-social et du social dans une approche globale de la personne.

Le Groupe de travail associera des membres CNS (3 à 5) et des personnes qualifiées « associées » qu'il vous appartiendra, pour ces derniers, de proposer. Le suivi de l'avancement des travaux du Groupe de travail se fera au sein du Groupe de travail permanent sur les droits des usagers (GTPDU) présidé par M. Christian BRUN. Vous bénéficierez du soutien du secrétariat général. Vous vous appuyerez sur vos expériences, les données bibliographiques existantes, les contributions des membres de la CNS, les auditions que vous jugerez utiles de mener.

Vous proposerez une note d'orientation à la CP de la CNS avant juillet 2024 et vous remettrez votre rapport définitif avant novembre 2024. Sur décision de la CP de la CNS, ce rapport devra être soumis à adoption par l'Assemblée plénière de la CNS du 13 décembre 2024.

En espérant que vous pourrez répondre positivement à cette sollicitation de la CNS, je vous prie d'agréer, Monsieur le Professeur, l'assurance de mes salutations distinguées.

Pr. Emmanuel RUSCH,

Président de la Conférence nationale de santé



Annexe 2

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA SANTÉ

Paris, le **07 MAI 2024**

Nos réf: D-24-007884

Monsieur le Président, Cher Emmanuel,

Les affections buccodentaires concernent la quasi-totalité des populations vivant en France peuvent affecter l'état de santé général des personnes. Un mauvais état dentaire représente ainsi un facteur de risque pour les quatre principales catégories de maladies chroniques – pathologies cardiovasculaires, cancers, affections respiratoires et diabète. Ainsi, le risque de décès par maladie cardiovasculaire est augmenté de plus de 4 fois pour des patients atteints de parodontite grave à 10 ans par rapport aux sujets non atteints de parodontite.

Dans le cadre de notre réflexion pour améliorer la santé buccodentaire des populations et permettre une amélioration de l'état général des patients, notamment atteints de maladie chronique, je souhaite vous saisir pour une mission dont l'objet est de produire un rapport sur la santé buccodentaire des populations, assorti de recommandations visant son amélioration.

Dans le cadre de votre mission, vous vous attacherez notamment à :

- renforcer la connaissance de données épidémiologiques relatives à la prévention et au dépistage des affections buccodentaires pour toutes les populations, notamment pour les enfants et les populations les plus vulnérables (personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité), en particulier les attentes et les besoins des personnes ;
- identifier des actions de prévention probantes ou prometteuses, en France ou à l'étranger pour augmenter l'accès à l'éducation pour la santé, à la prévention et aux soins buccodentaires de toutes et de tous, notamment chez l'enfant de manière précoce (1000 jours / parents) , aux âges clés en milieu scolaire et sur les lieux de vie. Identifier leurs conditions de transférabilité, en particulier pour les actions d'«Aller-vers », pour les populations les plus éloignées du soin, de la santé, avec une proposition de modalités d'organisation les plus efficaces ;
- proposer des modalités d'intégration de la santé buccodentaire dans les stratégies actuelles de prévention - par déterminant et par population - (programme nutrition santé, plan de lutte contre les addictions, 1000 jours, petite enfance, personnes en situation de handicap, de précarité, personnes âgées, etc.) -, afin de lutter contre les déterminants défavorables (alimentation et boissons sucrées, dénutrition, tabac, alcool, etc.) communs avec les maladies chroniques ;
- suggérer des mesures d'articulation des professionnels de la santé bucco-dentaire avec les autres professionnels de santé, du médico-social et du social afin de parvenir à une approche globale des personnes ;

Pr Emmanuel Rusch
Président de la Conférence nationale de santé
emmanuel.rusch@univ-tours.fr

14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP
Tel. 01 40 36 30 00

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse dgt-rgpd@sanite.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://sanite.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

- analyser l'impact de l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2020 du 100% Santé - reste à charge zéro, comme celui lié à l'évolution des prises en charge à 60% des consultations dentaires par l'Assurance maladie, notamment auprès des publics les plus vulnérables, avec ou sans complémentaire santé ;
- analyser l'apport possible des pratiques innovantes, notamment la télédentisterie, dans la prévention et dans le parcours de soins.

Dans la continuité de la résolution 2023 de l'Assemblée mondiale de la santé et du lancement de la Stratégie santé mondiale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), je souhaite que le travail de la Conférence nationale de la santé (CNS) puisse nourrir une mobilisation ample sur la santé orale. En particulier, ce travail contribuera à la réflexion de la Direction générale de la santé (DGS) sur le sujet et à l'intégration d'une démarche de démocratie en santé dans la finalisation d'une feuille de route « santé bucco-dentaire ».

Pour faciliter vos travaux, votre mission pourra s'appuyer sur les services de la DGS, ainsi que des opérateurs et des experts qui vous apparaîtront pertinents.

J'attends les conclusions de la mission pour la fin 2024.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'expression de ma considération distinguée.

Anctis

Dr Grégory EMERY



Annexe 3

Composition du groupe de travail « santé bucco-dentaire » :

Responsable/pilote du Groupe de travail :

M. le Pr. Frédéric DENIS, Doyen de la faculté d'odontologie de Tours, Chef du service de médecine et de chirurgie bucco-dentaire, Rédacteur en chef de la revue Santé publique, Directeur adjoint de l'EA 75-05 Education Ethique Santé

Membres du groupe de travail : membres et non membres de la CNS

M. Sidi-Mohammed GHADI	membre du collège 2 de la CNS, membre du Groupe de travail permanent spécialisé dans le domaine des droits des usagers du système de santé, désignation par l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé/France assos santé, représentant de l'Association des familles victimes du saturnisme (AFVS)
M. Roland WALGER	membre du collège 5 de la CNS, membre de la Commission permanente, représentant du Regroupement national des organisations gestionnaires des centres de santé (RNOGCS), dont il est le coordinateur
M. le Pr. Emmanuel RUSCH	Président de la Conférence nationale de santé,
M. Christian BRUN	Président du Groupe de travail permanent spécialisé dans le domaine des droits des usagers du système de santé, membre du collège 1, représentant de la CRSA Auvergne Rhône Alpes, qu'il préside

Mme la Pr. Stéphanie TUBERT-JEANNIN	PU-PH à l'Université Clermont-Auvergne et CHU de Clermont-Ferrand
M. le Dr. Patrick BAUDOT	chirurgien-dentiste qualifié en médecine bucco-dentaire, expert judiciaire auprès de la cour d'Appel de Nancy. ayant une activité en Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne -FEHAP 51- (personnes en situation de handicap, personnes âgées) et une activité en libéral dans la Meuse (55)
Mme la Dr. Céline RUILLET-CLÉMENT	MCU-PH à l'université et au CHU de Tours
M. le Dr. Thomas MARQUILLER	MCU-PH à l'université et CHU de Lille

Annexe 4 :

Liste des auditions, personnes qualifiées auditionnées (par ordre chronologique)

Thématiques/organismes	Personnes auditionnées
Prévention et promotion de la santé	Pr. Laurent GERBAUD, membre de la CNS, médecin santé universitaire, collège 3, membre du GTPDU, Chef de service CHU de Clermont-Ferrand
Savoir expérientiel	Pr. Hervé BRETON, Université de Tours
Collège national des chirurgiens-dentistes universitaires en santé publique (CNCDUSP) et Association des acteurs de santé publique buccodentaire (ASPBD)	Pr. Olivier HAMEL, Pr Damien OFFNER
Nutri-score	Pr. Chantal JULIA, santé publique
Association La Dent Bleue	Abdel AOACHERIA, Vice-président
Évaluation du 100 % santé	Anne-Charlotte BAS, Economiste de la santé, MCU-PH santé orale, Université de Rouen
Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)	Loren PINON, Coordinatrice du dispositif M'T DENTS, Catherine GRENIER, Médecin de santé publique, Géraldine ROSET, Chirurgienne-dentiste, Yves CAVENET, Responsable coordination national 100% santé, Guillaume CAILLIVE, Chargé d'études économie de la santé
Organisation mondiale de la santé (OMS)	Benoît VARENNE, Administrateur du programme de santé buccodentaire
Union française pour la santé buccodentaire (UFSBD)	Benoît PERRIER, Président
Outre-mers : Santé buccodentaire en Guyane	Guyane : Brigitte BUISSON, Présidente de l'UFSBD, Thomas BRETON, Conseil départemental de l'Ordre, Christophe LEBRETON, Département d'odontologie du CH de Cayenne
Santé buccodentaire en Martinique (dans le cadre du Groupe de travail « santé dans les outre-mers »)	Martinique : Dr Claude-Olivier PRECHEUR, Président de l'URPS-CD, de la section professionnelle de la Commission paritaire régionale (CPR) CD et Conseiller ordinal
Populations en situation de handicap	Alain NGOUMA, Président de Santé orale et Soins Spécifiques (SOSS), Charlotte GALLAZZINI Jean-Emmanuel MOOGIN, Handident PACA Karine POUCHAIN-GREPINET, APF France Handicap, Florian LAURENT, ARS IdF
Formation initiale (Conférence des doyens de faculté d'odontologie)	Vianney DESCROIX, Président, Kazutoyo YASUKAWA, Secrétaire général
Expérience d'un directeur d'établissement de santé sur l'offre de soins en milieu hospitalier	Olivier SERVAIRE-LORENZET, Directeur du Centre Hospitalier de Blois

Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD)	Alain DURAND, Président, Mme Estelle GENON, Vice-présidente
Direction générale de l'offre de soins (DGOS)	Mickael BENZAQUI, Sous-directeur de l'accès aux soins
Agences régionales de santé (ARS)	Florian LAURENT, ARS Île de France, Claire STRAT, ARS Auvergne-Rhône-Alpes
Assistants dentaires	Céline CARRIER, Françoise PRINGUEZ-LEPOUCHARD, Mounia SANTOU, Présidente UFAD, Shako OUIFA
Industrie des produits et équipements pour les cabinets dentaires (COMIDENT) - association	Olivier LAFARGE, Président, Lucille ROULEAU, David CASTILLO, Délégué général
Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM)	Marc LECLERE, Président, Didier QUERICIOLI, membres de la CNS, Marianne BYE, conseillère Mutualité Française, Lara VINSON, conseillère France Assureurs
Chirurgiens-dentistes libéraux	Fabienne ROBICHON, URPS, Vice-présidente nationale FSDL, Philippe SAIRE, Olivier ANDRE, Think Tank ASD
Direction générale de la santé (DGS) Bureau des maladies chroniques non transmissibles	Flore MOREUX, Cheffe de bureau, Emmanuelle Le LAY, chargée de mission prévention des maladies chroniques, Médecin de santé publique
Syndicats	Chirurgiens-Dentistes de France (CDF) : Pierre-Olivier DONNAT, Président du syndicat, Julien CARDONA, Secrétaire général, Charlotte TESSIER D'ORFEUIL, Déléguée générale, Catherine MOJASKY, Conseillère du président, Benoît CALOONE, Président du pôle 3 ; Fédération de Syndicats Dentaires Libéraux (FSDL) : Patrick SOLERA, Président, Marie BISERTE, Vice-présidente ; Syndicat des femmes chirurgiennes-dentistes : Nathalie DELPHIN, Présidente ; Union Dentaire : Franck MOUMIMOUX, Président
Personnes en situation de précarité PassVille de Marseille	Delphine PAYEN-FOURMENT, Codirectrice, Delphine VISENTIN, Codirectrice et coordinatrice santé, Dr Jean-Philippe PAIN, Chirurgien-dentiste, Muriel SCHWARTZ, Coordinatrice régionale
Association Dentaire de France	Julien LAUPIE et Doniphan HAMMER, Secrétaires généraux de l'ADF

Annexe 6 :

LA CONFERENCE NATIONALE DE SANTE (CNS)

La Conférence nationale de santé (CNS), créée en 1996, renouvelée par la loi de 2004²⁴⁵ et étendue par celle de 2009²⁴⁶, est une instance administrative consultative de démocratie en santé, de dialogue, d'échanges et de concertation entre les différentes composantes de la société civile organisée en matière de santé. Elle est investie dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et est attachée au ministre en charge de la santé.

Missions :

La CNS a pour missions (cf. article L. [1411-3](#) du Code de la santé publique) :

- **concertation et avis sur les questions de santé et de lutte contre les maltraitances** : elle est consultée par le Gouvernement lors de l'élaboration de la stratégie nationale de santé et peut formuler des avis et propositions sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre. Sur saisine ministérielle ou auto-saisine, elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre. Elle formule également des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique ;
- **droits des usagers** : elle élabore chaque année un rapport sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaires et médico-social. Ce rapport est élaboré notamment sur la base des rapports des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ;
- **Organisation de débats publics** : elle contribue à l'organisation de débats sur les questions de santé.

Les avis et rapports de la CNS sont rédigés par les membres rapporteurs²⁴⁷ eux-mêmes, adressés, après élaboration et adoption dans le cadre collaboratif collectif prévu par les textes juridiques et réglementaires (respect, notamment, de l'atteinte du quorum fixé à 50 % du nombre de sièges, et de la majorité des votes des membres présents ou représentés), aux Ministres chargés de la santé, des affaires sociales, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ils sont rendus publics.

²⁴⁵ [Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique](#)

²⁴⁶ [Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#)

²⁴⁷ Le masculin est utilisé en tant que générique afin de faciliter la lecture du présent texte et n'a aucune intention discriminatoire.

Composition :

Composée de 97 membres titulaires et 97 suppléants, ainsi que des membres avec voix consultative d'institutions publiques, la Conférence réunit la plus large représentation des parties prenantes du système de santé et de toutes les régions (dont 5 Outremer²⁴⁸). Cette diversité se traduit dans ses 5 collèges :

- ⇒ **Collège 1** : des représentants des territoires et des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (22 membres),
- ⇒ **Collège 2** : des représentants des associations d'usagers du système de santé, de personnes concernées des secteurs médico-social et social, des proches aidants et des associations de protection de l'environnement (17 membres),
- ⇒ **Collège 3** : des partenaires sociaux et des acteurs de la protection sociale (17 membres),
- ⇒ **Collège 4** : des acteurs de la prévention, de l'observation en santé, de la recherche et du numérique en santé (16 membres),
- ⇒ **Collège 5** : des offreurs des services de santé et des industries des produits de santé (25 membres).

La CNS comprend également 57 membres avec voix consultative dont les représentants d'institutions publiques et des personnalités qualifiées.

Fonctionnement :

Elle se réunit en 3 formations principales :

- Assemblée plénière (AP),
- Commission permanente (CP),
- Groupe de travail permanent spécialisé dans le domaine des droits des usagers du système de santé (GTP-DU).

Elle peut aussi constituer des groupes de travail thématiques en fonction du programme de travail qu'elle adopte.

²⁴⁸ Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy ; Guyane ; Martinique ; Mayotte ; La Réunion

La CNS élit en son sein le membre qui la préside lors de l'assemblée plénière d'installation de chaque mandature ou, au cours de mandature, lors de l'assemblée plénière la plus proche de la fin de la démission ou fin de mandat du membre qui la préside. Réunis en Assemblée plénière d'installation le 12 février 2020, ses membres ont élu Président de la CNS, pour la mandature 2020-2025, M. le Pr. Emmanuel RUSCH, représentant de la CRSA Centre-Val-de-Loire.

Les membres de la CP sont élus par et parmi les membres des 5 collèges de la CNS. Cette Commission est présidée par le Président de la CNS.

Les membres du GTPDU sont, pour partie, des membres volontaires, issus de tous les collèges qui élisent leur Président au sein du GTPDU, et, pour partie, des personnalités associées, dont la liste est adoptée en assemblée plénière. Les membres nommés du GTPDU ont élu, le 23 septembre 2020, à leur présidence M. Christian BRUN, représentant de la CRSA Auvergne-Rhône-Alpes, qu'il préside.

La CNS s'appuie sur les ressources de la Direction générale de la santé (DGS).

M. Pascal MELIHAN-CHEININ est le Secrétaire général de la Conférence.

Lors de la mandature actuelle, la Conférence nationale de santé a adopté 37 avis, points de vigilances et rapports (décompte de mars 2025), témoignant de son engagement dans l'élaboration de recommandations et l'amélioration des politiques de santé publique. Dans cette continuité, la préparation de la prochaine mandature est en cours, avec un lancement prévu fin juin 2025, afin de poursuivre et renforcer cette dynamique de démocratie en santé.

Contacts et ressources

- **Site internet** : <https://solidarites-sante.gouv.fr>
- **YouTube** : [Chaîne CNS](#)
- **LinkedIn** : [Conférence Nationale de Santé](#)
- **Mail** : cns@sante.gouv.fr

[Mise à jour : 12 et 28 mars 2025]