

Qualité des soins dentaires et inégalités sociales de santé

Quality of Dental Care and Social Disparities in Health

Borgès Da Silva G¹, Minguet-Fabbri J², Orgebin JY³, Herter G⁴, Chanut C⁵, Mabriez JC⁶

Résumé

Objectifs : Comparer la qualité de la remise en état bucco-dentaire chez les patients relevant du régime général et chez ceux bénéficiant de la couverture maladie universelle avec couverture complémentaire (CMUC).

Méthode : L'échantillon était composé des demandes d'ententes préalables colligées entre le 15 février et le 18 mai 2001 dans huit régions administratives participant à l'étude. Ainsi, 3 116 bénéficiaires de la CMUC et 3 310 du régime général *stricto sensu* examinés par des chirurgiens-dentistes-conseils sont entrés dans l'étude.

Résultats : 31 % des patients du régime général avaient des dents cariées à traiter et 11 % des dents à extraire. Chez les patients relevant de la CMUC, ces taux étaient respectivement de 37 % et 17 % chez ceux qui en étaient à leur première prothèse et de 35 % et 18 % chez ceux qui avaient déjà fait réaliser une prothèse dans les 17 mois précédents. Les différences relevées entre les deux populations étaient très significatives ($p < 0,001$).

Conclusions : La remise en état bucco-dentaire, avant la pose de prothèse, n'est pas systématique, quel que soit le mode de protection sociale. Elle est de plus mauvaise qualité pour les patients relevant de la CMUC, même lorsque deux prises en charge par le chirurgien-dentiste sont survenues en moins d'un an et demi. Malgré l'influence de la communication historique de Jonathan Mann au congrès de la Société française de santé publique de 1998, peu d'études montrent que l'accès à la santé ne peut être obtenu par le seul accès aux droits sociaux.

Rev Med Ass Maladie 2002;33,3:193-200

Mots clés : qualité des soins, soins dentaires, couverture maladie universelle, inégalités sociales de santé, accès aux soins, précarité, démunis.

Summary

Aims: To compare the quality of oro-dental preparation before prosthesis in patients affiliated with the general health care fund (*régime général*) and those covered by the universal health coverage program (CMU) including complementary insurance (CMUC).

Method: The study sample was comprised by requests for prior approval collected between February 15, 2001 and May 18, 2001 in eight administrative regions participating in the study. Accordingly, 3 116 patients covered by the CMUC and 3 310 beneficiaries of the general fund *stricto sensu* were examined by the fund's salaried dental advisors (*chirurgiens-dentistes-conseils*) and enrolled in the study.

Results: 31% of the affiliates of the general fund had dental caries requiring treatment and 11% needed extraction. Among CMUC patients, the rates were respectively 37% and 17% in those requiring a dental prosthesis for the first time and 35% and 18% in those who had already had received a prosthesis during the preceding 17 months. The differences between the two populations was statistically very significant ($p < 0.001$).

Conclusions: Irrespective of the type of health care coverage, preliminary oro-dental preparation before prosthesis is not systematically performed and is of poorer quality in CMUC patients, even when they had been treated by a dental surgeon twice over the preceding year and a half. In spite of Jonathan Mann's historic presentation at the French Public Health Society's 1998 congress, few studies have demonstrated the fact that access to care can not be assured by simply offering health coverage.

Rev Med Ass Maladie 2002;33,3:193-200

Key words: quality of care, dental care, universal health coverage, social disparities in health, access to care, precariousness, destitute.

¹ Médecin-conseil, Echelon local du service médical (CNAMTS) du Var.

² Chirurgien-dentiste-conseil, Direction régionale du service médical (CNAMTS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse.

³ Chirurgien-dentiste-conseil chef de service, Direction régionale du service médical (CNAMTS) de Languedoc-Roussillon.

⁴ Chirurgien-dentiste-conseil chef de service, Direction régionale du service médical (CNAMTS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse.

⁵ Médecin-conseil régional adjoint, Direction régionale du service médical (CNAMTS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse.

⁶ Médecin-conseil régional, Direction régionale du service médical (CNAMTS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur-Corse.

Adresse pour correspondance : Dr Georges Borgès Da Silva, Echelon local du service médical (CNAMTS) du Var, BP 1405, F-83056 Toulon cedex, e-mail : georges.borges-da-silva@elsm-toulon.cnamts.fr

INTRODUCTION

Le droit à la protection de la santé est, en France, inscrit dans la Constitution¹. La France est un des pays qui dépensent le plus pour la santé de leur population. Pourtant, en 1998, le Haut comité de la santé publique y constatait un accès aux soins inégal et inéquitable. Elle était le seul pays d'Europe dont le système de couverture sanitaire laissait une partie des plus démunis sans ou avec une faible protection vis-à-vis de la maladie [1].

Les populations défavorisées avaient des difficultés à veiller sur leur santé. Ces personnes renonçaient aux soins ou retardaient leur consultation chez le médecin ou chez le chirurgien-dentiste, pour des raisons financières.

C'est pour remédier à cette situation que le législateur a créé la couverture maladie universelle (CMU)² associée à une couverture complémentaire (CMUC).

Un an après son instauration, la CMUC devenait une réalité pour plus de 4,7 millions de personnes protégées par le régime général, qui auparavant ne pouvaient souscrire à une assurance complémentaire [2]. Le 30 juin 2001, le nombre de bénéficiaires atteignait 5,3 millions [3].

Outre les allocataires du revenu minimum d'insertion, inscrits de droit à la CMUC, les bénéficiaires peuvent appartenir à des populations très diverses : des salariés ayant un travail temporaire ou à temps partiel, des chômeurs ou encore des jeunes de plus de 16 ans en rupture familiale.

Pour ces personnes, la CMUC est un dispositif qui permet l'accès aux soins par l'instauration d'un panier de soins remboursables. Elles peuvent aujourd'hui se faire soigner gratuitement et sans attendre, même lors d'une période difficile.

Dans le domaine dentaire, les coûts des prothèses sont peu pris en charge par les organismes de protection sociale. Les tarifs sont libres et soumis au principe de l'entente directe avec le praticien. Ces appareillages représentent des sommes importantes [4, 5]. C'est pourquoi, pour les bénéficiaires de la CMUC, un panier de soins spécifique a été constitué ; il concerne des prestations d'optique et de prothèse dentaire, prestations auxquelles ces personnes peuvent accéder sans aucune participation financière. A la prise en charge du ticket modérateur, s'ajoute un forfait plafonné à 396 euros (au moment de notre étude), par période de deux ans. Il permet, par exemple, la prise en charge de quatre

couronnes métalliques ou de deux couronnes en céramique. Pour les prothèses de plus de dix dents, ou bien en cas d'impérieuse nécessité médicale, le plafond de prise en charge de 396 euros peut être dépassé, dans le respect des tarifs.

Avant de demander une entente préalable pour une prothèse adjointe ou conjointe, une remise en état bucco-dentaire des patients doit être réalisée. Conformément aux règles de l'art dentaire, le patient doit avoir une bouche saine c'est-à-dire bien préparée au moment de la pose d'une prothèse.

Dans la mesure où les obstacles apparents à l'accès aux soins semblaient surmontés avec la CMUC, l'objectif de notre étude était de comparer la qualité des soins chez les patients relevant du régime général *stricto sensu* et chez ceux relevant de la CMUC. En l'occurrence, il s'agissait de vérifier si la remise en état bucco-dentaire était semblable pour les deux populations.

MÉTHODE

Cette étude a été réalisée dans huit régions administratives : Aquitaine, Auvergne, Basse-Normandie, Corse, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, et Rhône-Alpes.

1. Définition de la population et échantillonnage

La population est constituée par l'ensemble des demandes d'entente préalable dentaire reçues au service médical du régime général entre le 15 février et le 18 mai 2001 dans les huit régions administratives participant à l'étude.

L'unité statistique est la demande d'entente préalable provenant d'un bénéficiaire de la CMUC ou d'un autre bénéficiaire du régime général *stricto sensu* (hors CMUC).

L'échantillon est composé d'une série continue de huit demandes d'ententes préalables par unité fonctionnelle (secteur d'activité des chirurgiens-dentistes-conseils auprès d'une caisse primaire) et par semaine pendant la période citée : 4 demandes émanant de bénéficiaires de la CMUC et 4 demandes des autres bénéficiaires du régime général *stricto sensu*.

Sur les huit régions administratives concernées, l'échantillon étudié était composé de 7 168 demandes d'entente préalable, concernant autant d'individus.

2. Recueil et saisie des données

Toutes ces personnes ont été conviées au service médical pour un examen clinique pratiqué par un chirurgien-dentiste-conseil [6, 7]. Celui-ci devait décider de la suite à donner à la demande.

¹ Principe énoncé dans le Préambule (alinéa 11) de la Constitution du 27 octobre 1946, repris dans celui de la Constitution du 4 octobre 1958.

² Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (J O 28 juillet).

Le praticien-conseil avait connaissance des modalités de protection sociale dont relevait le bénéficiaire qu'il examinait. Ces personnes ont été examinées par le praticien-conseil à l'aide d'une sonde et d'un miroir.

Par conséquent, l'éventuelle existence de poches parodontales n'a pas été précisée, car un sondage par sonde parodontale aurait été nécessaire. Mais son utilisation était proscrite, pour éviter tout risque infectieux.

Les résultats de l'examen buccal et les réponses des bénéficiaires au questionnaire établi dans le protocole d'enquête ont été consignés sur une fiche individuelle anonyme.

La proportion de patients qui ne s'est pas rendue à la consultation du chirurgien-dentiste-conseil est de 10,3 %. Parmi les bénéficiaires de la CMUC, 12,9 % ne se sont pas présentés. Chez les bénéficiaires du régime général *stricto sensu*, cette proportion est de 7,8 % et diffère significativement de la première ($p < 0,001$). Cette population qui n'a pas été examinée a été exclue de l'analyse.

Ainsi, 6 426 personnes, pour lesquelles une demande d'entente préalable dentaire pour prothèse ad-jointe ou conjointe avait été adressée au Service médical, ont été examinées, soit 89,7 % de l'échantillon. Parmi celles-ci, 3 116 bénéficiaient de la CMUC et 3 310 du régime général *stricto sensu*.

Nous avons distingué deux groupes parmi les patients relevant de la CMUC : ceux qui n'avaient jamais bénéficié de la pose de prothèse dentaire dans le cadre de la CMUC ($n = 2 638$) et ceux qui en avaient déjà bénéficié depuis qu'ils étaient assurés par la CMUC ($n = 444$). Les 34 bénéficiaires de la CMUC restants ont été exclus de cette analyse faute d'information permettant de les ranger dans l'un des deux groupes.

Les caractéristiques de ces populations feront l'objet d'une publication ultérieure.

3. Analyse statistique

La répartition par tranche d'âge différente dans les deux populations (CMUC et Régime général *stricto sensu*) a rendu nécessaire une standardisation sur l'âge pour les comparer. La population standard choisie est celle du Régime général *stricto sensu*. Pour cela, nous avons mis au point une méthode utilisant une variable de pondération permettant le traitement de données par le logiciel *Statistical Package for Social Science*® (SPSS).

RÉSULTATS

De nombreux patients relevant du régime général *stricto sensu* avaient des besoins en soins non satisfaits. Près de deux patients sur cinq nécessitaient un détartrage, près d'un sur trois présentait des dents cariées, et près d'un sur cinq nécessitait des soins parodontaux (Tableau I).

Chez les bénéficiaires de la CMUC déposant leur première demande d'entente préalable, non seulement cette préparation bucco-dentaire était souvent déficiente mais, dans cette population, ce défaut de soin était encore plus fréquent que chez les bénéficiaires du régime général *stricto sensu*.

Entre les deux groupes de population, pour chacun des besoins en soins, la différence de proportion de patients en relevant est statistiquement significative.

Dans le groupe des patients relevant de la CMUC ayant déjà fait réaliser une prothèse depuis leur attribution du bénéfice de la CMUC, une proportion importante de patients présentait une remise en état buccal déficiente alors même que ces patients avaient bénéficié d'une prothèse depuis quelques mois (Tableau II).

A l'exception des besoins en soins parodontaux, le niveau de cette déficience était significativement supérieur à celui des patients du régime général *stricto*

Tableau I
Proportion des patients ayant des besoins en soins (remise en état bucco-dentaire),
chez les bénéficiaires de la CMUC à leur première demande et chez ceux du régime général *stricto sensu*

Besoins en soins	Bénéficiaires de la CMUC ^a (Effectif : 2 638)	Bénéficiaires du régime général (Effectif : 3 310)	Valeur <i>p</i>
Dents cariées à traiter	37 %	31 %	< 0,001
Dents à extraire	17 %	11 %	< 0,001
Besoin d'un détartrage	44 %	39 %	< 0,001
Besoin de soins parodontaux	22 %	19 %	< 0,01
Hygiène bucco-dentaire insuffisante	33 %	21 %	< 0,001

^a Il s'agit de personnes n'ayant jamais bénéficié de la prise en charge de prothèse dentaire dans le cadre de la CMUC.

Tableau II
Proportion des patients ayant des besoins en soins (remise en état bucco-dentaire)
chez les bénéficiaires de la CMUC ayant déjà fait réaliser une prothèse^a et chez les bénéficiaires du régime général *stricto sensu*

Besoins en soins	Bénéficiaires de la CMUC ^a (Effectif : 444)	Bénéficiaires du régime général (Effectif : 3 310)	Valeur <i>p</i>
Dents cariées à traiter	35 %	31 %	< 0,001
Dents à extraire	18 %	11 %	< 0,001
Besoin d'un détartrage	45 %	39 %	< 0,05
Besoin de soins parodontaux	18 %	19 %	NS ^b
Hygiène bucco-dentaire insuffisante	32 %	21 %	< 0,001

^a Il s'agit des personnes ayant déjà bénéficié de la prise en charge de prothèse dentaire dans le cadre de la CMUC (34 bénéficiaires de la CMUC ont été exclus pour non-réponse).

^b Différence non significative.

sensu et il était très proche de celui des bénéficiaires de la CMUC qui en étaient à leur première demande (Tableau I).

DISCUSSION

1. Les limites de l'étude

Le mode de recrutement dans l'échantillon conduit à une sur-représentation des populations rattachées aux petites unités fonctionnelles de chirurgiens-dentistes-conseils car le sous-échantillon qui y est tiré a le même effectif, quelle que soit la taille de la population rattachée.

Cependant, ce mode de recrutement a peu d'incidence sur les comparaisons entre les groupes de bénéficiaires de la CMUC et du régime général *stricto sensu* qui constituent l'essentiel de cette étude. D'autre part, l'amplitude de variation des effectifs de bénéficiaires rattachés aux unités fonctionnelles est faible.

La constitution de l'échantillon à partir des demandes d'ententes préalables déposées ne permet pas de connaître l'état dentaire de la population générale des bénéficiaires de la CMUC ou celle des bénéficiaires du régime général *stricto sensu*. Un nombre indéterminé de patients ne s'est pas rendu chez le chirurgien-dentiste, ou bien s'y est rendu mais s'est heurté à des difficultés majeures le contraignant à renoncer aux soins avant de disposer d'une entente préalable. Les résultats de cette étude peuvent donc être généralisés uniquement vers une population semblable de personnes ayant adressé une demande d'entente préalable.

La proportion de patients qui ne s'est pas présentée à la convocation du chirurgien-dentiste-conseil est de 10,3 %. Parmi les bénéficiaires de la CMUC, 12,9 % ne se sont pas présentés. Chez les bénéficiaires du régime général *stricto sensu*, cette pro-

portion est de 7,8 % ($p < 0,001$). Cette population a donc été exclue de l'analyse. Elle peut avoir des caractéristiques particulières par rapport aux critères examinés. Il est peu probable que cette population ait fait l'objet d'un meilleur suivi des soins que celle qui a répondu à la convocation. Il s'agit certainement de personnes ayant renoncé au traitement prothétique envisagé. L'intégration de ces non-répondants aurait, selon toute vraisemblance, majoré les écarts constatés entre les populations couvertes par les deux modes de protection sociale.

2. Interprétation des résultats

Les règles de l'art prévoient qu'une remise en état bucco-dentaire soit réalisée avant la pose d'une prothèse.

Nos résultats montrent que de nombreux patients ont encore des besoins en soins lorsqu'ils sont vus après le dépôt de leur demande d'entente préalable.

Si les soins prodigués étaient de qualité, nous aurions dû trouver 0 % dans chacune des rubriques et dans toutes les colonnes de nos deux tableaux. Il aurait aussi été logique de trouver des résultats identiques quel que soit le mode de protection sociale du bénéficiaire.

Les patients bénéficiaires de la CMUC nécessitant encore des soins sont en proportion significativement plus importante que ceux relevant du régime général *stricto sensu*.

La qualité des soins est donc différente selon le mode de protection sociale des patients.

On pourrait soutenir l'hypothèse d'une réalisation des soins entre le moment de l'examen par le chirurgien-dentiste-conseil et la réalisation de la prothèse. Le délai d'utilisation de la demande d'entente préalable (six mois) pourrait être mis à profit par les professionnels pour réaliser les soins dont leurs patients ont besoin.

L'étude des patients relevant de la CMUC et ayant déjà fait réaliser une prothèse depuis leur attribution du bénéfice de la CMUC (Tableau II) permet de réfuter cette hypothèse.

Ces bénéficiaires de la CMUC ayant déjà obtenu une prothèse avec ce mode de protection sociale l'ont depuis certainement moins de 17 mois. En effet, au moment où ils ont été interrogés (entre février et mai 2001), ce mode de protection sociale n'existait que depuis le 1^{er} janvier 2000. Le bénéfice de la remise en état bucco-dentaire précédente devait donc être visible puisqu'il était récent.

Les résultats étaient proches de ceux relevés chez les patients bénéficiant aussi de la CMUC mais qui faisaient leur première demande de prothèse avec ce mode protection sociale.

Le délai d'utilisation de la demande, avant la pose de la prothèse, n'avait donc pas été mis à profit par les chirurgiens-dentistes pour améliorer l'état bucco-dentaire de leurs patients.

La réhabilitation bucco-dentaire (en dehors des actes de parodontologie) des patients relevant de la CMUC est souvent déficiente, malgré une prise en charge complète de ces soins (en dehors des actes de parodontologie) par leur système de protection sociale.

Les bénéficiaires du régime général *stricto sensu* ont un mode de prise en charge moins complet que celui de la CMUC, même si les assurances complémentaires permettent d'en égaliser les modalités. Pourtant, nous observons une plus grande proportion de réhabilitations bucco-dentaires faites dans cette population.

Quel que soit leur mode de protection sociale, des bénéficiaires ont probablement une part de responsabilité dans l'insuffisance de remise en état bucco-dentaire, par manque d'implication dans leur programme thérapeutique.

Comme le souligne une étude du CREDES [8] réalisée dans les centres de soins gratuits, les usagers de ces centres ne semblent pas considérer comme prioritaire la nécessité de soigner leurs dents. D'autres auteurs aussi ont relevé des attitudes de désinvestissement de leur propre santé chez des personnes socialement fragilisées [9]. Ce constat a aussi été fait aux États-Unis où des auteurs relèvent qu'en dépit d'une amélioration de la protection sociale, les disparités d'accès aux soins entre les personnes bénéficiant d'une assurance privée et celles qui n'en bénéficient pas (les plus démunis) ne se réduisent pas entre 1987 et 1996 [10].

Néanmoins, il est du devoir des professionnels d'expliquer à leurs patients le bien-fondé du suivi du projet thérapeutique mis en œuvre.

Les chirurgiens-dentistes ont pour obligation déontologique d'assurer à leurs patients des soins éclairés et conformes aux données acquises de la

science³. Ils ne peuvent s'y soustraire et, selon un arrêt récent de la Cour de cassation, même des considérations liées aux possibilités financières d'un patient ne sauraient autoriser un praticien à dispenser des soins non conformes aux données acquises de la science (en l'espèce, il s'agissait de la pose d'une prothèse mobile avec extraction dentaire dont le choix avait été édicté par l'incapacité où se trouvait le patient de payer une prothèse fixe avec couronnes, solution conforme aux règles de l'art selon l'expert commis par le juge) [11].

Les soins de remise en état bucco-dentaire que nous avons étudiés sont totalement pris en charge pour les patients relevant de la CMUC. Les considérations financières évoquées dans cet arrêt ne devraient donc, théoriquement, pas influencer sur la qualité des soins fournis.

L'élaboration de référentiels de pratique clinique pourrait aider chaque professionnel à déterminer sa pratique. Le succès de la CMUC est surtout à attendre d'une optimisation des pratiques professionnelles [12]. Le suivi des soins implique en effet une coopération entre le praticien traitant et ses patients. A tout moment, l'intérêt de l'un ou le désintérêt de l'autre peut infléchir le cours d'un projet thérapeutique.

Avant l'instauration de la CMUC, les soins prothétiques étaient plus rémunérateurs que les soins conservateurs (ce constat reste vrai pour les soins relevant du régime général *stricto sensu* car les soins prothétiques n'y sont pas encadrés comme avec la CMUC). Ceci a pu inciter certains praticiens à privilégier les premiers au détriment des seconds [13].

Le recours plus fréquent à des soins conservateurs permettrait d'éviter ou de retarder le passage à la prothèse. Cette prévention secondaire serait facilitée par une incitation tarifaire à la pratique de ces soins conservateurs. Cette incitation devrait avoir pour objectif de rééquilibrer les sources de rémunération de chirurgiens-dentistes à l'avantage des soins conservateurs par rapport aux soins prothétiques.

Il serait aussi souhaitable de contractualiser un plan de traitement complet entre le thérapeute, son patient et l'assurance maladie, plus particulièrement pour une population qui a perdu l'habitude du recours aux soins, notamment dentaires.

3. Perspectives des résultats

Dans la perspective d'une définition des déterminants de santé, nos résultats montrent qu'il est nécessaire de différencier la production intermédiaire de soins, d'une part, et la production finale de santé, d'autre part. Si le chaînage de la première vers la deuxième est espéré, ce chaînage n'est pas

³ C. déont. chir. dent., article 27.

pour autant systématique. Notre étude montre que l'accès aux soins est nécessaire à l'accès à la santé mais il n'est pas suffisant pour le garantir. Le comportement des producteurs de soins et les incitations à la réalisation de soins de qualité sont fondamentales.

S'il est connu que l'accès aux droits sociaux ne garantit pas l'accès aux soins [1, 10] peu d'études françaises ont souligné auparavant que l'accès aux soins ne garantit pas la satisfaction des besoins de santé.

P. Dourgnon *et coll.* [14] ont cherché, par une revue de la littérature internationale, si l'assurance maladie avait un rôle dans la réduction des inégalités sociales de santé. Ils concluent que « *les études semblent converger sur l'évidence d'un lien positif entre niveau d'assurance et niveau de recours aux soins. En revanche, l'impact de la consommation de soins, permise par l'assurance, sur l'état de santé n'est démontré que dans les domaines particuliers : la vision et l'hypertension dans l'expérience de la Rand, la mortalité des enfants par les études sur Medicaid, la prévention primaire ou secondaire pour les études normatives. Mais sur des indicateurs plus généraux d'état de santé, l'horizon d'observation de ces études ne permet pas aux auteurs de conclure à une amélioration* » [...] « *Enfin, les gains observés sur l'état de santé sont plus importants pour les plus bas revenus* ». Ceci « *tend à confirmer l'hypothèse d'efficacité de l'assurance maladie en tant qu'instrument de lutte contre les inégalités sociales de santé* ».

Les résultats de notre étude confirment, en ce qui concerne les soins dentaires, l'absence de lien positif systématique entre l'accès aux soins et les résultats sur l'état de santé.

La *Whitehall study* [15] a relevé, sur une cohorte d'environ 10 000 fonctionnaires britanniques suivis pendant une vingtaine d'années, qu'il existait un gradient de mortalité strictement parallèle au niveau hiérarchique. Les conditions socio-économiques et matérielles ne peuvent, à elles seules, expliquer la moins bonne santé des catégories sociales défavorisées. Comme le relève le Haut comité de la santé publique [1], il existe « *autre chose* » qui relève plus de l'individu dans la société, de la bonne image de soi, de l'accomplissement de ses désirs ou encore de la satisfaction dans le travail, et cet « *autre chose* » est un des déterminants majeurs de l'état de santé.

Dans sa communication du 3 juillet 1998 au congrès de la Société française de santé publique [16], Jonathan Mann avait montré que l'accès à la santé ne peut être obtenu par le seul accès aux droits sociaux. L'accès aux droits sociaux lui semblait un préalable fondamental. Malgré l'audience de cette communication, la réflexion en santé publique en France fonctionne encore à partir d'un postulat mécaniste : il suffirait que les plus démunis accèdent aux soins pour accéder à la santé.

M. Moradell *et coll.* [17] relèvent des obstacles tangibles à l'accès aux soins. Ces obstacles sont de la responsabilité de l'Etat (droit aux soins, charge contributive, desserte de soins) ou bien proviennent de l'attitude des plus démunis face au système de soins (culture et représentations de la santé). L'accès à la santé n'est pas dissocié de l'accès aux soins et de ce fait, les facteurs sociétaux et le comportement des producteurs de soins ne sont pas mentionnés comme des obstacles par les auteurs.

Si d'autres auteurs ont déjà montré que l'accès au droit ne garantit pas l'accès aux soins [1, 10], notre étude ajoute que l'accès aux soins ne garantit pas l'accès à la santé.

Dans la littérature, nous avons pu recueillir différentes hypothèses cherchant à expliquer l'inégalité de santé subsistant malgré l'accès facilité à la protection sociale en faveur des plus démunis.

C. Schneider-Bunner [18] constate que « *lorsque l'on met en relation les résultats concernant la santé avec ceux concernant la distribution de soins, on ne manque pas d'être interrogé par le fait que les inégalités de consommation s'amenuisent (ou même, favorisent les plus pauvres) alors que les inégalités de morbidité ne diminuent pas, voire s'aggravent. Les systèmes de santé ne peuvent pas ignorer ce paradoxe* ». Cet auteur évoque la possibilité de différences de qualité des soins, au sens large, comprenant plusieurs effets et notamment « *un effet culturel selon lequel, la communication médecin-patient est plus facile lorsque le niveau d'étude du patient s'élève, ce qui augmenterait l'efficacité des soins* ».

Cet effet culturel joue certainement un rôle lorsque le patient aide au diagnostic en décrivant ses symptômes dans le même registre culturel que celui de son médecin. Dans la pratique dentaire, le déficit d'hygiène buccale trouve certainement une explication dans les difficultés de communication. Par contre, lors d'une demande de prothèse, le diagnostic de carie, de dent à extraire, de besoin en soins parodontaux, ou de détartrage à réaliser ne nécessite pas une homogénéité culturelle entre les interlocuteurs. La différence culturelle peut avoir un effet négatif lorsqu'il faut convaincre le patient de s'engager dans un programme thérapeutique.

S. Kłowsowski *et coll.* [19] montrent que dans une population de femmes défavorisées de Lens (France), les taux de prématurité, d'enfants de faible poids de naissance et de transferts néonataux étaient plus élevés que la moyenne régionale. Paradoxalement, le suivi médical de la grossesse pouvait être considéré comme correct, sinon meilleur que celui de la moyenne des femmes de la région. Les facteurs socio-économiques et culturels ont un effet aggravant, indépendamment de facteurs médicaux comme la surveillance de la grossesse. Les auteurs concluent que si ce n'est pas l'accès aux soins qui

est en cause, c'est la façon dont ils sont dispensés qui doit être au centre de la réflexion.

Michelozzi *et coll.* [20] constatent à Rome que les populations de statut socio-économique le plus bas ont un niveau de risque plus élevé de maladies et de mortalité. Les auteurs concluent que l'inégalité dans l'accès aux soins et dans la qualité des soins peut contribuer à accroître le différentiel de mortalité.

L'existence d'une différence de qualité des soins, selon le statut socio-économique évoqué par ces auteurs, est aussi retrouvée dans notre étude. L'existence vraisemblable de facteurs de risques sociaux doit cependant nous porter à nuancer nos conclusions. En effet, la surveillance, quelle que soit son intensité, ne peut à elle seule juguler l'effet des facteurs de risque.

La pertinence de procédures médicales est habituellement mesurée par rapport à un ensemble d'actes effectivement réalisés [21, 22]. De ce fait, les patients qui n'ont pas accès aux soins sont exclus de la plupart des études de qualité des soins.

T. Lang [23] observe que si la réflexion sur la pertinence prend en compte la population dans son ensemble et plus seulement le sous-groupe qui en a bénéficié, celle-ci doit porter non seulement sur les pratiques médicales mais aussi sur le besoin de cette procédure dans la population, son absence de réalisation chez les non-malades et l'accès à cet acte pour ceux qui en ont besoin. L'auteur relève, d'autre part, qu'un volume total d'actes similaire entre groupes sociaux ou régions n'exclut pas de fortes différences sociales ou régionales de pertinence et d'accès aux soins.

Notre étude est réalisée sur des patients demandant un soin (une prothèse). Elle permet, à l'occasion de cette rencontre entre le chirurgien-dentiste et le patient, de vérifier si d'autres soins nécessaires (les actes de remise en état bucco-dentaire) ont été accessibles pour le patient qui s'est rendu au cabinet du professionnel. Elle mesure la pertinence de procédures médicales et relève des actes non réalisés chez des patients qui en avaient besoin. Elle montre que, selon le statut social, en plus des disparités quantitatives du recours aux soins évoquées par T. Lang ou par des auteurs néerlandais [24], il existe des disparités qualitatives qui ont peu été étudiées jusqu'à présent.

Alors que des travaux [14] recherchent si les déterminants de santé ne sont pas à l'extérieur du système de soins, nos résultats montrent que ces déterminants sont, pour une part importante, à rechercher par l'analyse des pratiques de soins dans les comportements des professionnels de santé.

Les constats ont été réalisés par les chirurgiens-dentistes-conseils de l'Assurance maladie. Ils démontrent l'intérêt de l'audit externe des pratiques

des professionnels de santé en vue d'une incitation à l'optimisation des performances du système de santé.

Dans les bases de données de l'Assurance maladie, la possibilité récente de distinguer deux populations ayant un mode de protection sociale différent (CMUC et régime général *stricto sensu*) ouvre une voie d'analyse et d'action sur les disparités d'accès aux soins et à la santé liées à des critères socio-économiques.

Remerciements

Nous remercions, pour leur contribution à ce travail, les Drs Prael J. (chirurgien-dentiste-conseil chef de service chargé de mission dentaire nationale, DSM), Engel C. (chirurgien-dentiste-conseil chef de service, DRSM Aquitaine), Tréguier M. (chirurgien-dentiste-conseil chef de service, DRSM Auvergne), Nérini C. (chirurgien-dentiste-conseil chef de service, DRSM Normandie), Chabert R. (chirurgien-dentiste-conseil chef de service, DRSM Rhône-Alpes), Degré A. (médecin-conseil régional, DRSM Aquitaine), Baris B. (médecin-conseil régional, DRSM Auvergne), Laroze M. (médecin-conseil régional, DRSM Languedoc-Roussillon), Thielly P. (médecin-conseil régional, DRSM Normandie), Legal G. (médecin-conseil régional, DRSM Rhône-Alpes) et tous les chirurgiens-dentistes-conseils qui y ont participé.

RÉFÉRENCES

1. Haut comité de la santé publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes (France) : Ed ENSP;1998.
2. Perret JP, De Roquefeuil L. *Un an de couverture maladie universelle : dénombrements des bénéficiaires et structure des dépenses*. Point Stat (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) 2001;32.
3. Boisguérin B. *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 juin 2001*. Études et résultats 2001;141.
4. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). *Enquête nationale sur les actes bucco-dentaires*. Paris : CNAMTS;1995.
5. Barthes D, Bellet B, Bonnard C et al. *Précarité et soins odontologiques*. Mémoire de l'École nationale de santé publique de séminaire interprofessionnel. Rennes (France) : École nationale de la Santé publique ; 1999.
6. Hescot P, Bourgeois D, Berger P. *Le programme international de recherche de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants et la santé bucco-dentaire – La situation en France pour la période 1993-1995*. Suffolk (Grande-Bretagne) : Association dentaire française – FDI World Dental Press;1996.
7. *Organisation mondiale de la santé. Enquêtes sur la santé bucco-dentaire – Méthodes fondamentales (Quatrième édition)*. Genève : OMS;1998.
8. Beynet A, Menahem G. *Problèmes dentaires et précarité. Série analyses*. Paris : Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) ; 2002.
9. Bertolotto F. *L'éducation pour la santé face à la « fracture sociale »*. Actualité et Dossier en Santé Publique 1996;16:29-36.

10. Taylor AK, Cohen JW, Machlin SR. *Being uninsured in 1996 compared to 1987: How has the experience of the uninsured changed over time.* *Health Serv Res* 2001;36:16-31.
11. Dubouis L. *La prothèse et l'argent : le juge agent de la réforme de notre système de soins. Note sous 1^{re} chambre civile de la Cour de cassation, 19 décembre 2000, M^{me} Morocutti.* *RD Sanit. Soc.* 2001;37:278.
12. Overholser CA, Rutkauskas JS. *Survey results of reduced-fee and free-of-charge dental services by the membership of the federation of special care organizations in dentistry.* *Spec Care Dentist* 1998;18:170-3.
13. Durand G, editor. *Comment améliorer la prise en charge des soins dentaires de la population ? Mémoire collectif du module interprofessionnel de santé publique.* Rennes (France) : École nationale de la Santé publique ; 2000. Disponible sur le site web de la Banque de données de santé publique (BDSP).
14. Douygnon P, Grignon M, Jusot F. *L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de la littérature.* *Questions d'Économie de la Santé (Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé)* 2001;43.
15. Marmot MG, Smith GD, Stanfeld S et al. *Health inequalities among British civil servants : the Whitehall II study.* *Lancet* 1991;337:1387-93.
16. Mann J. *Ethique et droit de la personne.* *Santé Publique* 1998;10:239-50.
17. Moradell M, Halley Des Fontaines V. *Les principaux risques d'exclusion des soins dans les pays de l'Union européenne.* *Santé Publique* 2000;12:513-26.
18. Schneider-Bunner C. *Santé et justice sociale : l'économie des systèmes de santé face à l'équité.* Collection approfondissement de la connaissance économique. Paris : Économica ;1997
19. Klosowski S, Morisot C, Truffert P et al. *Rôle des facteurs non médicaux dans la santé périnatale. Etude des caractéristiques socio-économiques et culturelles de la population accueillie à la maternité du centre hospitalier de Lens (Pas-de-Calais).* *Arch. Pediatr* 2000;7:349-56.
20. Michelozzi P, Perucci CA, Forastiere F, Fusco D, Ancona C, Dell'Orco V. *Inequality in health: socioeconomic differentials in mortality in Rome, 1990-1995.* *J Epidemiol Community Health* 1999;53:687-93.
21. Lang T, Davido A, Logerot H, Meyer L. *Appropriateness of admissions: the French experience.* *Int J Quality Health Care* 1995;7:233-8
22. Liberati A, Apolone G, Lang T, Lorenzo S. *An european project assessing the appropriateness of hospital utilization: background, objectives and preliminary results.* *Int J Quality Health Care* 1995;7:187-99.
23. Lang T. *La pertinence médicale des procédures : mesure et relations avec les besoins et l'accès aux soins.* *Rev Epidemiol Sante Publique* 1998;46:411-9.
24. Mackenbach JP. *Socioeconomic health differences in the Netherlands: a review of recent empirical findings.* *Soc Sci Med* 1992;34:213-26.