



Le SNDS, un outil au service des acteurs de terrain

L'exemple de l'étude du recours aux soins dentaires en Pays de la Loire

La connaissance des données de santé d'une population ou d'un territoire permet de faire émerger des besoins de santé et d'améliorer les parcours de soins proposés. Cet article présente l'utilisation des données de soins dentaires dans les Pays de la Loire.

**Marie Dalichamp
Anne Tallec
Jean-François Buyck**

Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire

La mise en place en 2017 du Système national des données de santé (SNDS) offre de nouvelles perspectives en matière d'action de santé publique. Ce système d'information permet en effet des analyses détaillées du recours aux soins et à la prévention, avec l'élaboration d'indicateurs déclinables par type de population, ou par niveau territorial fin. Ces analyses ouvrent de façon considérable le champ des possibles en matière d'identification des besoins, s'agissant de parcours de santé, de ciblage des populations ou de territoires prioritaires, puis de suivi des évolutions dans une logique évaluative.

Compte tenu de ces nouveaux enjeux, l'observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire – qui comme l'ensemble des ORS dispose d'un accès large et permanent aux données du Système national des données de santé – s'est investi dans ce domaine en recrutant et formant son équipe à l'utilisation de ce système d'information particulièrement complexe.

En parallèle, afin de s'inscrire dans une logique d'action, mais aussi de mobiliser l'expertise métier indispensable à l'exploitation de ces données, notamment celles des bases de l'Assurance maladie, l'ORS a développé des collaborations avec les unions régionales des professionnels de santé libéraux (URPS), avec lesquelles il entretient des partenariats de longue date autour d'enquêtes sur les pratiques et conditions d'exercice [1].

Cette approche a rencontré une demande de l'URPS chirurgiens-dentistes des Pays de la Loire, qui souhaitait disposer d'une connaissance fine du recours au cabinet dentaire des enfants de la région. Une première étude a

été produite en 2018 [2], et cette dynamique, à laquelle s'est alors associée l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD), s'est poursuivie en 2019-2020 autour de trois nouvelles études, portant sur le recours des adultes âgés de 55 ans et plus [3], des personnes diabétiques [4], et des personnes traitées par biphosphonates (en cours). Pour chacune de ces études, un groupe de travail associant praticiens de terrain et spécialistes du Système national des données de santé a été mis en place pour élaborer des indicateurs pertinents et directement en lien avec les pratiques des professionnels de santé.

Un recours aux soins dentaires très en deçà des recommandations

Les analyses déjà réalisées sur trois des populations choisies par l'union régionale des professionnels de santé libéraux (enfants, seniors, personnes diabétiques) ont toutes montré un recours très insuffisant au cabinet dentaire, au regard des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) d'un recours annuel minimum [5].

Le taux de recours annuel est très en deçà des 100 % souhaités : 61 % chez les 6-18 ans [2], 40 % chez les personnes diabétiques [4], et 47 % parmi les plus de 55 ans [3]. Chez ces derniers, le taux annuel de recours au cabinet dentaire décroît de façon continue à partir de 65 ans, et n'est plus que de 25 % au-delà de 90 ans.

De plus, le chaînage des données du Système national des données de santé, qui permet d'analyser l'ensemble des prestations de chaque bénéficiaire, met en évidence l'ampleur du non-recours sur plusieurs années

consécutives. En Pays de la Loire, près d'un enfant sur dix n'a bénéficié d'aucun recours bucco-dentaire préventif (ni examen bucco-dentaire [EBD], ni consultation, ni détartrage) entre 6 ans et 9 ans, et cette proportion atteint 25 % entre 14 ans et 17 ans. Et ce malgré le programme M^T dents de l'Assurance maladie, qui propose un examen bucco-dentaire sans avance de frais aux âges de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, et à 3 ans depuis le 1^{er} janvier 2019.

Chez les seniors, la situation est également très défavorable : 25 % des Ligériens âgés de 55 à 70 ans n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire sur les années 2016 à 2018, et cette proportion dépasse 50 % au-delà de 90 ans.

Enfin, pour les personnes diabétiques, dont l'état de santé bucco-dentaire est étroitement lié au risque de déséquilibre et de complications du diabète, les résultats sont alarmants : plus d'un tiers des Ligériens pris en charge pour un diabète en 2015 n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire au cours des trois années suivantes (2016-2018), et seulement 16 % ont eu un parcours conforme aux recommandations, c'est-à-dire au moins une consultation chacune des trois années.

Ces résultats illustrent bien l'importance des enjeux : malgré des recommandations anciennes, relayées par de nombreux acteurs de santé (Assurance maladie, sociétés savantes et associations d'usagers) et préconisant des soins bien remboursés par l'assurance maladie obligatoire, une part importante de la population a un recours aux soins dentaires très insuffisant, alors que l'impact de la santé bucco-dentaire sur la santé générale est désormais bien établi.

Des publics et territoires encore plus prioritaires que d'autres

Un grand nombre d'études ont montré que la santé bucco-dentaire constitue un excellent marqueur des inégalités sociales de santé. Les indicateurs étudiés ici, issus du Système national des données de santé, confirment ce constat. Chez les enfants, les différences les plus marquées concernent la fréquence du suivi préventif et l'âge du premier recours au cabinet dentaire : 30 % des enfants bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] n'ont jamais eu de recours avant 7 ans, contre 16 % de ceux qui n'en bénéficient pas [2]. Chez les personnes âgées de 55 ans et plus, la proportion de celles n'ayant eu aucun recours en trois ans atteint 43 % chez les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide au paiement d'une complémentaire

santé (ACS)¹, contre 29 % chez les personnes qui n'en bénéficient pas, à structure par âge équivalente [3]. Les écarts de recours selon le niveau social sont particulièrement importants pour les poses de prothèse fixe, soins à fort reste à charge pour la période concernée par l'étude, mais également pour les détartrages, pourtant bien remboursés.

Les enfants admis en affection de longue durée (ALD), qui sont le plus souvent atteints de maladies chroniques et sont pour certains en situation de handicap, présentent des indicateurs de recours encore plus dégradés que les autres enfants. Ainsi, 17 % n'ont eu aucune prestation de suivi bucco-dentaire entre 6 et 9 ans (10 % des enfants sans ALD). Lorsqu'un traitement orthodontique est commencé, il l'est plus tardivement chez les enfants en ALD, ce qui peut le rendre moins efficace : 42 % le débute avant 10 ans et 32 % après 13 ans (contre respectivement 48 % et 25 % chez les enfants sans ALD).

Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, pour lesquelles le recours au cabinet dentaire est globalement très insuffisant, le fait de résider ou non en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est un des principaux facteurs explicatifs d'une augmentation du risque de non-recours [3]. En effet, les analyses multivariées, ajustant sur l'âge, les caractéristiques sociales, l'état de santé et le niveau d'accessibilité potentielle localisée (APL) au chirurgien-dentiste libéral, montrent que l'association entre le non-recours au cabinet dentaire pendant au moins trois ans et le fait de résider en Ehpad est très significative, avec un *odds ratio* de près de 1,5 chez les personnes nouvellement arrivées en Ehpad, et qui s'élève à 2,5 chez celles hébergées depuis au moins deux années, comparées aux personnes vivant à leur domicile [3]. Ce résultat peut en partie être expliqué par un plus grand degré de dépendance des résidents en Ehpad, mais aussi par un éloignement à leur chirurgien-dentiste habituel du fait du déménagement vers l'Ehpad.

La déclinaison des différents indicateurs pour des zonages géographiques fins met par ailleurs en évidence des disparités territoriales de recours très marquées. Selon leur établissement public de coopération intercommunale (EPCI), la part des enfants qui bénéficient d'un parcours préventif bucco-

dentaire régulier entre 6 et 9 ans varie de 30 à 60 % [2]. Les enfants domiciliés dans les établissements publics de coopération intercommunale de Sarthe, et plus particulièrement dans les intercommunalités les plus éloignées de la métropole du Mans, ont un recours globalement moins fréquent, moins précoce et moins régulier comparés aux enfants des autres établissements publics de coopération intercommunale de la région. À l'inverse, la Loire-Atlantique et la Vendée (où est né dans les années 1980 le bilan bucco-dentaire auquel a succédé le programme M^T dents) englobent la plupart des établissements publics de coopération intercommunale où les fréquences de parcours préventif chez les enfants sont les plus élevées. La Loire-Atlantique et la Vendée concentrent également la grande majorité des établissements publics de coopération intercommunale où le recours aux soins dentaires est plus satisfaisant au-delà de 55 ans, et chez les personnes prises en charge pour un diabète [3, 4]. Pour ces dernières, les écarts entre territoires sont considérables, avec une part de personnes diabétiques ayant eu un recours satisfaisant entre 2016 et 2018, c'est-à-dire chacune des trois années, qui varie de 5 à 24 %.

Agir, notamment localement dans le cadre des dynamiques interprofessionnelles

Les acteurs susceptibles de se saisir des données du Système national des données de santé pour mettre en place des démarches visant à améliorer ces parcours sont multiples (et non exclusifs les uns des autres).

Au plan national, l'Assurance maladie utilise depuis de nombreuses années le relais que constituent ses caisses locales pour mettre en œuvre et suivre, à partir de son système d'information (qui alimente le SNDS), des programmes de dépistages organisés et de prévention. L'invitation de chaque enfant aux examens bucco-dentaires gratuits du programme M^T dents en fait partie. Cette démarche pourrait également être étendue à des populations adultes cibles (par exemple à l'entrée en Ehpad, comme préconisé par l'Union française pour la santé bucco-dentaire).

Au plan régional, les URPS, qui ont pour mission de contribuer à l'organisation de l'offre de soins et à la politique régionale de santé, aux côtés des agences régionales de santé (ARS), peuvent également s'appuyer sur les données du SNDS pour faire émerger des projets d'actions. Les travaux sur le recours au cabinet dentaire menés

1. Depuis la réalisation de ces études, la CMU-C et l'ACS ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire (CSS/C2S).



par l'ORS à la demande et avec le soutien de l'union régionale des professionnels de santé libéraux chirurgiens-dentistes en sont un premier exemple.

Au niveau local, le développement des coopérations interprofessionnelles et la mise en place récente des CPTS² (communautés professionnelles territoriales de santé) constituent de formidables opportunités. En effet, la mobilisation coordonnée des différents professionnels de santé, tant pour orienter les patients que pour partager de l'information à leur propos, est l'une des conditions de l'amélioration des parcours. L'étude concernant le recours au cabinet dentaire des personnes diabétiques montre, par exemple, que la proportion de celles ayant un parcours dentaire satisfaisant est sensiblement plus élevée parmi les personnes qui consultent régulièrement leur médecin généraliste, après ajustement sur les autres facteurs [4]. Cette association, bien qu'elle ne démontre pas de rapport de cause à effet, suggère le rôle central que peuvent jouer les généralistes dans

2. Les CPTS émanent de l'initiative des acteurs de santé, en particulier des professionnels de santé de ville. Ce sont des équipes projets, s'inscrivant dans une approche populationnelle au sens où les différents acteurs acceptent de s'engager dans une réponse à un besoin de santé de leur territoire, qui peut impliquer pour eux de prendre part à des actions ou d'accueillir des patients sortant de leur exercice et de leur patientèle habituelle (instruction n° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires [ESP] et aux communautés professionnelles territoriales de santé).

l'adhésion de leurs patients aux recommandations de suivi bucco-dentaire. De même, il est important que le chirurgien-dentiste connaisse l'existence du diabète de son patient pour adapter sa prise en charge et lui rappeler l'importance d'un suivi régulier.

Les communautés professionnelles territoriales de santé, auxquelles a été confiée une responsabilité populationnelle, offrent désormais un cadre pertinent à ces dynamiques d'amélioration des parcours basées sur l'élaboration et le suivi d'indicateurs concernant les habitants de leur territoire.

Les indicateurs élaborés avec les professionnels de santé grâce aux données du Système national des données de santé permettent de définir des objectifs d'amélioration des parcours de soins concrets et adaptés au contexte local. Parce qu'ils correspondent à leur pratique au quotidien, ces indicateurs facilitent la mobilisation des professionnels de santé pour participer à des actions en vue d'atteindre ces objectifs. Les indicateurs peuvent cibler finement des populations en fonction de leur lieu d'habitation, de leur âge, de leur parcours de vie (entrée en Ehpad), de leur état de santé (ALD, diabète) ou encore de leur traitement (biphosphonates).

Enfin, la possibilité d'évaluer de façon rapide et fiable l'impact des actions menées en mesurant l'évolution des indicateurs du Système national des données de santé est d'un intérêt majeur. En effet, des résultats positifs permettent à la fois de valider la pertinence

des actions, mais aussi de favoriser le maintien de la motivation des professionnels.

Quels enjeux pour les années à venir ?

La connaissance fine des données de santé d'une population ou d'un territoire est nécessaire pour faire émerger des besoins de santé et identifier des leviers d'amélioration. Mais cette connaissance n'est pas suffisante. Encore faut-il ensuite que les acteurs opérationnels, et notamment les professionnels de santé, s'en saisissent pour initier et mener des actions.

En Pays de la Loire et en matière de soins bucco-dentaires, une part du chemin a été parcourue à travers la mobilisation de l'union régionale des professionnels de santé libéraux chirurgiens-dentistes et de l'ORS autour de ces travaux, qui illustrent l'important besoin d'amélioration du recours aux soins. Mais un effort considérable de pédagogie et de communication autour de ces travaux doit encore être accompli, pour convaincre les différentes parties prenantes de la nécessité de mettre en place des actions, et parvenir à mobiliser les moyens humains et financiers que de telles dynamiques impliquent.

Ne pas tirer profit de l'apport des données du SNDS serait un immense gâchis. Ces données, mondialement enviées, constituent un levier majeur pour l'amélioration des parcours de soins, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, et plus largement l'appropriation des enjeux de santé publique par les professionnels de santé. ■

Références bibliographiques

1. ORS Pays de la Loire. Enquêtes et panels professionnels de santé [en ligne]. <https://www.orspaysdelaloire.com/enquetes-et-panels-professionnels-de-sante>
2. ORS Pays de la Loire, URPS chirurgiens-dentistes Pays de la Loire. *Recours au cabinet dentaire des enfants et des adolescents. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS*. 2018, 76 p.
3. ORS Pays de la Loire, URPS chirurgiens-dentistes Pays de la Loire. *Recours au cabinet dentaire des adultes de 55 ans et plus. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS*. 2019, 72 p.
4. ORS Pays de la Loire, URPS chirurgiens-dentistes Pays de la Loire. *Suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques en Pays de la Loire à partir d'une analyse des données du SNDS*. À paraître en 2020, 28 p.
5. HAS. *Stratégie de prévention de la carie dentaire. Synthèse et recommandations*. 2010, 26 p.