



Contribution à l'utilisation de la CCAM par les chirurgiens-dentistes : étude sur les Hauts-de-Seine

Mohamed Mazouz

► To cite this version:

Mohamed Mazouz. Contribution à l'utilisation de la CCAM par les chirurgiens-dentistes : étude sur les Hauts-de-Seine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-02372058

HAL Id: dumas-02372058

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02372058>

Submitted on 20 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2017

Thèse N° : 5147

N° attribué par la bibliothèque : 2017PA07G087

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le

par **MAZOUZ Mohamed**

**CONTRIBUTION A L'UTILISATION DE LA CCAM PAR LES
CHIRURGIENS-DENTISTES : ETUDE SUR LES HAUTS-DE-SEINE**

Directeur de thèse : M. le Docteur Steve TOUPENAY

JURY

Mme le Professeur Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Président

Mme le Docteur Sylvie AZOGUI-LEVY

Assesseur

Mme le Docteur Julia BOSCO

Assesseur

Mme le Docteur Adeline BRAUD

Assesseur

Mme le Docteur Noëline RAJABO

Assesseur

M. le Docteur Steve TOUPENAY

Membre Invité

U N I V E R S I T E P A R I S D I D E R O T – P A R I S 7

Présidente de l'Université : Mme la Professeure Christine CLERICI

Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie : Mme la Professeure Ariane BERDAL

Directrice Générale des Services : Madame Pascale SAINT-CYR

J U R Y

Mme le Professeur Marie-Laure BOY-LEFEVRE

Président

Mme le Docteur Sylvie AZOGUI-LEVY

Assesseur

Mme le Docteur Julia BOSCO

Assesseur

Mme le Docteur Adeline BRAUD

Assesseur

Mme le Docteur Noëline RAJABO

Assesseur

M. le Docteur Steve TOUPENAY

Membre Invité

**Mme le Professeur Marie-Laure
BOY-LEFEVRE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence du jury de ma thèse, veuillez croire en l'expression de mon plus grand respect

Mme le Docteur Sylvie AZOGUI-LEVY

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités - Praticien
Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites en siégeant à ce jury, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect

Mme le Docteur Julia BOSCO

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités - Praticien
Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites en siégeant au jury de cette thèse, ainsi que pour votre enseignement de qualité, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude

Mme le Docteur Adeline BRAUD

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités - Praticien
Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites en participant au jury de ma thèse, veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et mes plus sincères remerciements

Mme le Docteur Noëline RAJABO

Docteur en Médecine
Habilitation à Diriger les Recherches
Maître de Conférences Associé

Je suis très reconnaissant pour le grand honneur que vous me faites en acceptant de siéger dans le jury de cette thèse. Je vous exprime ici mon plus profond respect

M. le Docteur Steve TOUPENAY

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférence Associé – Praticien
Hospitalier
Expert près la Cour d'Appel de Paris

Je vous suis très reconnaissant pour l'honneur que vous m'avez fait en dirigeant cette thèse, pour la confiance que vous avez placée en moi, vos encouragements et le temps consacré à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements

Table des matières

Introduction.....	3
Chapitre 1 : Généralités et définitions sur la CCAM.....	5
1.1. Définition et structure de la CCAM	5
1.2. Historique, NGAP et CCAM.....	7
1.3. Conditions de remboursement des actes dentaires	14
1.3.1 Consultation et soins dentaires.....	14
1.3.2 Les prothèses	15
1.4. Acte global, isolé, multiples, réalisés au cours de la même séance.....	15
1.5. Entente directe entre patients et praticiens	16
1.6. Convention nationale des chirurgiens-dentistes	17
1.7. La CCAM dentaire v34	17
1.7.1 Pourquoi abandonner la NGAP au profit de la CCAM dentaire ?	17
1.7.2 Différences entre la NGAP et la CCAM.....	17
1.7.3 Le nouveau panier de soins CMU-Complémentaire et ACS	18
Chapitre 2 : Effets généraux de la mise en application de la CCAM dentaire	21
2.1. Impact de la CCAM sur l'activité des chirurgiens-dentistes.....	21
2.2. Evolution de la consommation de soins	23
2.3. Renoncement aux soins	25
2.4. Vers le tiers payant généralisé.....	26
2.5. Problématique.....	27
Chapitre 3 : Utilisation de la CCAM par les chirurgiens-dentistes au sein du département des Hauts-de-Seine, et des villes de Neuilly-sur-Seine et de Clichy-la- Garenne.....	29
3.1. Matériel : population étudiée.....	29
3.1.1 Considérations éthiques et anonymisation	31
3.1.2 Bases de données.....	31
3.2. Méthode.....	32
3.3. Résultats	33
3.3.1 Généralités sur l'activité globale des chirurgiens-dentistes	33
3.3.2 La consultation au sein des Hauts-de-Seine, de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine	35

3.3.3 Les soins conservateurs au sein des Hauts-de-Seine, de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine	36
3.3.4 Endodontie au sein des Hauts-de-Seine, de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine	41
3.3.5 Prothèse conjointe sur dent naturelle au sein des Hauts-de-Seine, de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine	46
3.3.6 Prothèse adjointe au sein des Hauts-de-Seine, de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine	51
3.3.7 Les soins chirurgicaux au sein des Hauts-de-Seine, de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine	54
3.3.8 Analyse statistique	57
Chapitre 4 : Discussion	67
4.1. Soins conservateurs réalisés en fonction de l'âge et du sexe	67
4.2. Moyenne d'âge du comblement de sillons ainsi que sa proportion chez les filles et les garçons	69
4.3. Soins conservateurs les plus réalisés chez les enfants ; répartition des enfants les plus touchés en fonction de leur âge et de leur sexe	70
4.4. Prévention : utilisation des EBD dans nos trois périmètres d'étude	71
4.5. Différence d'IN/ON entre Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne	72
4.6. Code particulier de la première prémolaire maxillaire.....	73
4.7. Traitements endodontiques réalisés par les chirurgiens-dentistes sur dents vivantes ou nécrosées.....	74
4.8. Rapport statistique entre l'activité endodontique et la prothèse conjointe.....	76
Conclusion	79
Bibliographie	81
Annexes	86
Table des figures	91

Introduction

Pendant plus de trente ans, la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) a encadré l'activité des médecins et des chirurgiens-dentistes, comme celle des autres professionnels de santé. En 2005, la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) a été mise en place par une décision de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie UNCAM (JO du 30 mars 2005). Cette décision a néanmoins conservé la NGAP comme liste des actes d'odontostomatologies pris en charge par l'Assurance maladie.

Depuis le 1^{er} juin 2014, la CCAM v34 se substitue totalement à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Cette nouvelle nomenclature couvre la totalité des actes de chirurgie dentaire, que ceux-ci soient remboursés ou non, et quels que soient la spécialité (à l'exclusion de l'Orthopédie Dento-Faciale ODF et le mode d'exercice. Elle est actuellement transposée par l'avenant n°11. La CCAM fut assortie d'une revalorisation de certains actes conservateurs, médicaux et chirurgicaux.

Cette mutation de codification eut de multiples effets, aussi bien sur l'activité quotidienne des chirurgiens-dentistes que sur la consommation de soins des patients. Les objectifs de cette thèse seront de faire l'état de l'utilisation de la CCAM par les chirurgiens-dentistes des Hauts-de-Seine et dans deux villes éloignées d'un point de vue socio-économique.

Aussi, nous analyserons comment cette nomenclature influence la pratique de la médecine bucco-dentaire. Afin d'y parvenir, nous mènerons une étude statistique à partir des données fournis par la Caisse Primaire D'assurance Maladie CPAM des Hauts-de-Seine. Celles-ci indiquent les actes cotés et télétransmis par l'ensemble des praticiens du département.

Cette étude, en partenariat avec l'Assurance maladie des Hauts-de-Seine, présente un intérêt certain car aucune étude n'existe à ce jour sur l'application de la CCAM. Elle présente un enjeu de santé publique pour les patients, les praticiens et économique pour l'Assurance maladie.

Chapitre 1 : Généralités et définitions sur la CCAM

1.1. Définition et structure de la CCAM

La classification commune des actes médicaux (CCAM) est une nomenclature française qui code les gestes pratiqués par les professionnels de santé. Elle concerne tout d'abord les gestes techniques, mais également les actes intellectuels cliniques. Auparavant, les gestes pratiqués étaient classés dans le catalogue des actes médicaux (CdAM) en milieu hospitalier, et dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), en secteur libéral et hospitalier, pour les actes techniques. L'application de la CCAM débuta le 1^{er} Septembre 2005 pour les médecins [Arrêté du 16 août 2005] et le 1^{er} juin 2014 pour les chirurgiens-dentistes [Arrêté du 26 novembre 2013].

La CCAM dentaire est une nomenclature exhaustive de libellés codés, amenée à évoluer au fil du temps. Elle décrit les actes auxquels on peut ajouter des suppléments ou des modificateurs. Ces actes sont classés dans les chapitres 7, 11, 18 et 19 de la CCAM générale.

A ce jour, 629 actes sont recensés dans la CCAM dentaire. 547 sont remboursables et 82 ne le sont pas. La palette de ces actes est vaste, elle regroupe aussi bien les actes de restauration classique que les actes de maxillo-faciales complexe tel que *l'appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire pour résection ou greffe du maxillaire ou de la mandibule YYYY059*.

Dans la CCAM dentaire, les actes dentaires peuvent être classés en 8 grandes catégories :

- Actes de diagnostic (radiographie de la bouche...) ;
- Actes thérapeutiques (soins conservateurs, chirurgie, cosmétologie...) ;
- Prothèses dentaires (amovible, fixée, dentoportée...) ;
- Actes thérapeutiques sur le parodonte ;
- Implantologie ;
- Gestes complémentaires sur les dents et arcades dentaires ;
- Gestes complémentaires en prothèse plurale fixée ;
- Suppléments.

Les libellés de la CCAM dentaire sont organisés en chapitres, eux-mêmes divisés en sous-chapitres, paragraphes, et sous-paragraphes. Ils sont répartis en 19 chapitres, qui est le premier niveau du classement hiérarchique. Chaque chapitre dispose d'un code sur deux caractères. Ainsi, un acte ne peut correspondre qu'à un seul code ; un seul code ne correspond qu'à un seul acte.

L'acte CCAM dentaire est caractérisé par un code et un libellé.

➤ Le code

Le code d'un acte dentaire est composé de 4 caractères et de 3 chiffres. Il répond aux critères classiques de classifications CCAM.

- A : désigne un grand appareil anatomique ;
- B : précise l'organe ou la fonction dans l'appareil désigné en A ;
- C : désigne l'action effectuée sur l'organe ;
- D : identifie la voie ou technique utilisée ;
- NNN : numéro aléatoire.

Pour les actes dentaires, les deux premiers caractères sont fixes. Il s'agit tout d'abord du « H », qui désigne le système digestif ; puis de la lettre « B » qui caractérise les dents, le parodonte et la gencive.

➤ Le libellé

Le libellé est constitué de quatre éléments : une action sur une topographie, via une voie d'abord et selon une technique. Les deux premiers éléments sont indispensables. En revanche, la voie d'abord et la technique sont des éléments facultatifs car la voie d'abord (voie buccale) et la technique sont identiques quel que soit l'acte pratiqué. Exemple : curetage péri apical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire.

Dans la CCAM dentaire, les libellés utilisent une terminologie anatomique internationale. Cette terminologie est francisée et utilisée lors de l'enseignement de l'anatomie. Elle remplace les termes anciennement utilisés, comme « obturation », qui est remplacé par « restauration » ; ou encore « extraction » qui est remplacé par « avulsion ». L'usage des noms propres est proscrit.

1.2. Historique, NGAP et CCAM

- ❖ Gouvernement provisoire de la République française (GPRF) (septembre 1944 - janvier 1947)

En 1945, le régime des assurances sociales est créé par ordonnance. Ce régime fait apparaître la notion de convention entre l'assurance sociale et les médecins. L'ordonnance affirme le libre choix du médecin par le malade, le règlement direct des honoraires par les patients, et le remboursement a posteriori par les Caisses.

L'article 2 de l'ordonnance n° 45-2259 du 4 octobre 1945 décrit l'organisation et la structure de la Sécurité sociale, qui se dessine autour de principales branches [Ordonnance du 4 Octobre 1945a] :

- des caisses primaires de Sécurité sociale ;
- des caisses régionales de Sécurité sociale ;
- une caisse nationale de Sécurité sociale.

L'article 3 nous informe que ce sont les caisses primaires de Sécurité sociale qui prirent en charge les risques maladie, maternité, décès et les risques d'accident du travail [Ordonnance du 4 Octobre 1945b].

Ces conventions sont premièrement départementales et introduisent la notion de « tarifs négociés ».

- ❖ Georges Pompidou, président de la République (1969-1974)

➤ 3 février 1971

Le 3 février 1971, les Caisses nationales (CNAM, CANAM, MSA) et les syndicats dits représentatifs des professions médicales signent la première Convention nationale des médecins [Loi 3 Juillet 1971]. Il s'agit d'une loi qui régit les rapports entre chacun des professions de santé et les différentes caisses. La convention est renouvelée tous les quatre ans, mais peut être l'objet d'avenants tous les ans, afin de la faire évoluer dans le temps.

Tous les médecins sont conventionnés par défaut. Ceux qui ne désirent pas l'être doivent en faire la démarche individuellement. Grâce à la convention, les médecins bénéficient

d'avantages sur leurs cotisations sociales et leurs patients bénéficient de remboursements. En contrepartie, les tarifs des actes sont négociés.

❖ Valéry Giscard d'Estaing, président de la République (1974-1981)

➤ 1975

En 1975 est signée la première Convention nationale provisoire pour les chirurgiens-dentistes, [loi du 10 juillet 1975]. Elle est signée par la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) et la Fédération Odontologique de France et territoires associés (FOFTA). C'est une première avancée majeure pour les chirurgiens-dentistes, car elle permet la prise en charge des actes et la solvabilité des patients. Cela entraînera une forte augmentation de l'activité des cabinets dentaires.

➤ La deuxième convention nationale (1976-1980)

L'arrêté du 30 mars 1976 marque l'approbation de la convention nationale des médecins du 3 février de la même année. Il est publié au Journal Officiel du 1^{er} avril 1976. Grâce à cet arrêté, la possibilité de dispense d'avance des frais est étendue aux actes coûteux et effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement privé [Arrêté du 30 Mars 1976].

❖ François Mitterrand, président de la République (1981-1995)

En 1983, Pierre Bérégovoy publie une lettre autorisant la liberté tarifaire sur l'ODF [Haïm F 2013]. Le ministre de la Santé décrète la fin de l'opposabilité et la nécessité d'avoir un devis. A l'époque, les centres de soins des deux facultés d'odontologie de Paris, des structures à but non lucratif, facturaient une participation aux frais de traitement multi-attaches de l'ordre de 3000 francs par semestre (457,35€), soit un « dépassement » de 272%. Les cabinets privés facturaient, quant à eux, entre 4000 et 4600 francs par semestre (entre 610 et 700€).

➤ Gouvernement Jacques Chirac

En 1987, Philippe Seguin publie une lettre rendant la couronne en métal non précieux inopposable.

➤ Gouvernement Michel Rocard

La cinquième convention nationale signée le 9 mars 1990 marque le gel du secteur 2, excepté pour les anciens chefs de clinique qui se sont installés après le 1^{er} décembre 1989 [Rapport du 09 janvier 2002].

Le 1^{er} avenant de la convention met en place le système de « contrat santé » : les assurés ont la possibilité de s'abonner à un système de tiers payant avec leur médecin généraliste.

❖ Jacques Chirac, président de la République (1995-2007)

➤ Gouvernement Lionel Jospin

En 1997 est signée une nouvelle convention pour une durée de quatre ans. Elle revalorise les actes de base mais met en place des plafonds pour les couronnes [Arrêté du 30 mai 1997].

- Au 1^{er} juillet 1997 : l'âge limite de prise en charge du traitement ODF est repoussé de 12 à 16 ans ; le détartrage SC 10 est revalorisé à 24,10 € ; l'extraction DC 10 à 20,90 € ;
- Au 1^{er} janvier 1998 : le détartrage est revalorisé à SC 12, soit 29,92 €.
- Au 1^{er} juillet 1998 : nouvelles cotations pour les obturations dentaires définitives ; cavité simple traitement global SC 7 (16,87 €) ; cavité composée ; traitement global intéressant 2 faces : SC 12 (28,92 €).

Suite aux revalorisations, les couronnes métal sont plafonnées ; les céramo-métal le deviennent également. Un examen de prévention pour les jeunes de 15 ans est mis en place.

L'arrêté Aubry du 26 juin reporte la mesure de revalorisation de la Nomenclature qui était prévue. En avril 1997, après de longues négociations, le gouvernement Juppé, les Caisses primaires d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes ont signé une convention. De 1997 à 1999, cette convention prévoyait une revalorisation de certains actes de soins. Néanmoins, l'ensemble des syndicats s'accordent à dire qu'ils sont sous-évalués. En contrepartie, le plafonnement de tarif sur certaines prothèses avait été accepté par les chirurgiens-dentistes.

Martine Aubry, ministre des Affaires sociales, a dénoncé la convention par un arrêté en date du 26 juin 1998. C'était une décision unilatérale.

Cet arrêté marquera le début d'une longue période de défiance conventionnelle. L'arrêté instaure également la télétransmission dans les cabinets médicaux.

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) est créée [loi du 27 juillet 1999]. Des tarifs plafonnés sont fixés pour les actes d'orthodontie et de prothèses pour les bénéficiaires de la CMU-C.

De plus, trois actes sont ajoutés : scellements de sillons, inlay-core et inlay-core à clavette.

En 2001 l'avenant numéro 2 cote et plafonne les inlays-core. Les honoraires fixés pour ces deux actes peuvent être majorés selon l'appréciation du professionnel, dans la limite de 50% du prix unitaire.

➤ Gouvernement Jean-Pierre Raffarin (2002-2007)

La reconstitution foulée avec ancrage radiculaire est revalorisée à SC 33. Un Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS) est établi. Cette nouvelle loi rénove les rapports conventionnels entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux. Aucun vide conventionnel ne doit subsister !

En 2003 la télétransmission et la formation continue conventionnelle sont mises en place. C'est également le retour de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD), qui réintègre les instances conventionnelles suite à la revalorisation du SC à 2,41 €.

➤ 2005

La CCAM est mise en place [Décision du 11 mars 2005].

➤ Gouvernement Dominique de Villepin (2005-2007)

La CNSD et l'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes (UJCD) signent une convention qui prévoit la revalorisation des soins conservateurs et chirurgicaux. A titre d'exemple, l'extraction est revalorisée à hauteur de 60%. De plus, la participation des Caisses à la cotisation d'assurance maladie est diminuée.

La convention intègre les taux horaires minimaux des personnels de cabinets dentaires [Accord du 29 septembre 2006]. Par exemple, le taux horaire légal de l'assistante dentaire qualifiée est fixé à 9,17 € ; celui de l'aide dentaire qualifié à 8,37 €. A noter que seule la CNSD signe les avenants 1, 2 et 3.

❖ Nicolas Sarkozy, président de la République (2007-2012)

Le Conseil d'Etat annule les dispositions de l'article 6.3 relative à la modulation de la participation aux cotisations l'assurance maladie de 2006. Ainsi, l'URSSAF doit rembourser les augmentations de cotisations perçues.

➤ Gouvernement François Fillon

La cotisation pour l'Assurance maladie est augmentée par la nouvelle loi de financement de la Sécurité sociale, afin de récupérer les sommes remboursées en 2006. La loi « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) [Loi du 21 juillet 2009] entend lutter contre l'inégalité des patients en matière d'accès aux soins. Face à l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, la loi veut tenter de repeupler les déserts médicaux tout en respectant le principe de la liberté d'installation des professionnels libéraux. Des sanctions, notamment financières, sont annoncées à l'encontre des médecins et chirurgiens-dentistes qui refusent des patients titulaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou de l'Aide Médicale d'État (AME, pour les étrangers sans papiers ni ressources). L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) participe aux négociations conventionnelles, ce qui est remarquable, car c'est la première fois que les complémentaires santé participent au dialogue.

En 2010, le tiers payant social est accordé aux bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS).

L'ACS est une aide réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. Ainsi, pour avoir droit à l'ACS, les ressources du foyer doivent être comprises entre le plafond fixé pour l'attribution de la CMU complémentaire et 35 % au-delà. Le règlement arbitral est mis en place.

L'arrêté du 22 septembre 2011 met en place le parcours de soins coordonné [Laroche J. 2016]. Ce parcours de soins traduit l'obligation pour chaque assuré social de plus de 16 ans de désigner un médecin traitant de son choix avant de consulter un médecin spécialiste, pour bénéficier d'un remboursement à taux plein. Des exceptions existent, notamment en cas d'urgence, ou pour les consultations en ophtalmologie, gynécologie, odontologie, et en psychiatrie pour les moins de 26 ans. L'assuré peut bénéficier d'une dispense permanente d'autorisation notamment en cas d'affection de longue durée ALD [Arrêté du 22 septembre 2011]. Les ALD exonérantes

sont au nombre de 30. Pour ces patients tous les soins pris en charge et ils ont été exonérés du ticket modérateur au titre d'un protocole de soins.

❖ François Hollande, président de la République (2012-2017)

➤ Gouvernement Jean-Marc Ayrault

En 2012 les dépassements tarifaires sont encadrés. Des sanctions sont prévues si les dépassements sont exagérés. Il a été constaté que de nombreuses personnes bénéficiaires de la CMU C éprouvaient des difficultés à accéder à la médecine spécialisée [Delprat L. 2005]. Il est demandé aux chirurgiens-dentistes d'appliquer leurs tarifs avec « tact et mesure ». Il est important de constater que l'article R4127-53 du code de santé publique ne donne aucune définition du « tact » et de la « mesure » [Décret du 7 mai 2012]. Ce flou juridique entraîna des dépassements d'honoraires excessifs et la volonté actuelle des pouvoirs publics de plafonner l'activité prothétique.

De plus, le contrat d'accès aux soins est instauré. Il s'agit d'un contrat signé par certains médecins de secteur 2 (pratiquant des dépassements d'honoraires) avec l'Assurance Maladie [Jager A. 2013]. En adhérant à ce contrat, les praticiens, qui usent habituellement d'honoraires libres, acceptent de limiter leurs dépassements d'honoraires à 100% du tarif de base fixé par l'Assurance maladie et de ne pas réduire dans leur activité le nombre d'actes médicaux réalisés sans dépassements d'honoraires.

L'avenant numéro 2 augmente le tarif de la consultation de 22 à 23 euro. Il met en place des majorations pour les Départements d'Outre-Mer (DOM), rémunère l'astreinte, instaure des mesures incitatives démographiques et une adaptation du devis type [Avis relatif du 16 avril 2012].

« Les chirurgiens-dentistes de permanence remplissant les engagements ci-dessus bénéficieront d'une rémunération de 75 euros par demi-journée d'astreinte les dimanches et jours fériés ».

En 2013, la CNSD et l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) adoptent une charte de bonnes pratiques. L'avenant numéro 3 acte la mise en place de la CCAM pour les actes bucco-dentaires (ODF exceptés) ainsi que l'examen de prévention des femmes enceintes. L'avenant 3 de la Convention Nationale des Chirurgiens-Dentistes met

en œuvre l'Examen Bucco-Dentaire (EBD) à destination des femmes enceintes. Ce dispositif permet aux femmes enceintes de bénéficier d'un examen de prévention bucco-dentaire pris en charge à 100% à compter du 4^{ème} mois de grossesse, et jusqu'à 12 jours après l'accouchement [Arrêté du 26 novembre 2013a].

Du 1^{er} jour du 4^{ème} mois au dernier jour du 5^{ème} mois, ces actes sont pris en charge au titre de la prévention.

A partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois jusqu'à 12 jours après l'accouchement, ces actes sont pris en charge au titre de la maternité. Cet examen est valorisé à 30 €, à 42 € s'il est accompagné d'une ou deux radios, et à 54 € s'il est agrémenté de trois ou quatre radios.

➤ Gouvernement Manuel Valls

Dans un long rapport de 235 pages, la Cour des Comptes et le Sénat font un large état de l'activité médicale et dentaire. Ils estiment les politiques conventionnelles insuffisantes en termes d'accès aux soins et les jugent non efficientes. Ils s'inquiètent du désengagement constant de l'État et de la Sécurité sociale sur les soins bucco-dentaires [Rapport d'information du 8 juillet 2014].

L'avenant n°3 de la Convention nationale des chirurgiens-dentistes prévoit que la Classification Commune des Actes Médicaux remplace totalement l'ancienne Nomenclature Générale des Actes Professionnels, sauf dans le cas des actes d'orthopédie dentofaciale [Arrêté du 26 novembre 2013b].

Le principe fondateur de la CCAM est celui de l'acte global : un libellé décrit un acte diagnostique et/ou thérapeutique complet et achevé.

Depuis le 1^{er} juin 2014, la CCAM se substitue totalement à la NGAP, sauf pour les exceptions mentionnées plus haut.

A cette date, et avec une période de transition s'étalant jusqu'au 31 juillet 2014, les chirurgiens-dentistes, les praticiens en centres de santé dentaires et polyvalents, et les stomatologues doivent coder leurs actes conformément à cette nouvelle classification. Cela inclut également les actes NPC non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Son synonyme est « NR Non remboursable ». « HN » est abandonné dans la mesure où le « N » faisait référence à la Nomenclature GAP. La CCAM est un catalogue, même si, sémantiquement, elle reste une nomenclature, c'est à dire une façon de nommer.

Par ailleurs, seuls les actes pris en charge par l'Assurance maladie sont facturés sur les feuilles de soins.

Le passage de la NGAP à la CCAM est un véritable changement dans l'exercice de l'activité des professionnels de santé.

1.3. Conditions de remboursement des actes dentaires

Les actes décrits dans la CCAM se répartissent en quatre familles [Assurance maladie 2014] :

- actes pris en charge et remboursables ;
- actes pris en charge mais non affectés d'un honoraire. Dans ce cas, la prise en charge se fait uniquement dans le secteur public (comme pour la pose d'une épithèse orbitopalpébrale, et analyse céphalométrique craniofaciale bidimensionnelle) ;
- actes pris en charge et remboursables sous conditions (prise en charge de la pose d'implants uniquement dans le cas d'agénésies ou de cancer) ;
- actes non pris en charge.

Lorsqu'un acte n'est pas pris en charge, mais qu'il est codé dans la CCAM, le chirurgien-dentiste qui le réalise ne fait pas de feuille de soins, conformément à l'article 4.2 de la convention. Néanmoins, l'acte doit être inscrit dans le dossier du patient. De plus, à partir de 70 €, un devis et une note d'honoraires doivent être établis [Attali E. 2012].

1.3.1 Consultation et soins dentaires

La consultation et les soins dentaires comprennent d'une part les soins conservateurs, comme le détartrage, le traitement d'une carie ou la dévitalisation ; et d'autre part, les soins chirurgicaux, comme une extraction.

Ces soins sont pris en charge par l'Assurance maladie uniquement s'ils sont sur la liste des actes et des prestations remboursables (Annexe 1). L'Assurance maladie les rembourse à hauteur de 70%, sur la base des tarifs conventionnels. Des exceptions existent. En Alsace, les

remboursements sont fixés à 90% de la base, grâce à l'article D325-6 qui autorise à un régime local de réaliser une participation selon les taux qu'il détermine [Décret du 30 décembre 2015].

Des dépassements d'honoraires sont possibles dans certains cas particuliers :

- Le dépassement exceptionnel (DE) : c'est un dépassement d'honoraires autorisé dans certaines circonstances et sous certaines conditions, comme un horaire imposé par le patient hors urgence dans le cadre du déroulement normal de la consultation en cours, ou un horaire imposé par le patient hors des heures normales de consultation affichées par le praticien ou à une heure correspondant à une période légitime de repos, etc... ;
- Le dépassement permanent (DP) : le médecin stomatologiste exerce en secteur 2, secteur à honoraires libres [Arrêté du 22 septembre 2011].

Enfin, le chirurgien-dentiste dispose d'un droit permanent à dépassement (DP). Dans tous les cas de dépassement d'honoraires, le praticien est tenu de fixer ses honoraires « avec tact et mesure », et doit impérativement en informer le patient en amont.

1.3.2 Les prothèses

Les prothèses dentaires sont elles aussi prises en charge par l'Assurance maladie, si elles figurent sur la liste des actes et des prestations remboursables (Annexe 2). Elles sont remboursées à 70% ou 90% selon les régions sur la base des tarifs dits « de responsabilité » [Bessis et al. 2014a]. En effet, contrairement aux consultations ou aux soins dentaires, le prix des prothèses dentaires est libre. Cependant, à l'image du tarif des dépassements d'honoraires, le praticien doit fixer le tarif avec « tact et mesure » et informer le patient grâce à un devis écrit.

1.4. Acte global, isolé, multiples, réalisés au cours de la même séance

Chaque acte pratiqué est considéré dans sa globalité. Le libellé de l'acte comprend toutes les étapes nécessaires à sa réalisation complète [Bessis et al. 2014b]. La facturation intervient lorsque l'acte est réalisé. Par exemple, le tarif d'une avulsion dentaire inclut tous les gestes nécessaires à sa réalisation, comme l'anesthésie locale.

Il existe néanmoins des gestes complémentaires et des suppléments, exemple : HBQK040 2 radiographies / endodontie. Ce sont des actes qui ne peuvent pas être réalisés de manière

isolée. Ils existent pour compléter un acte principal. Ces gestes sont codifiés avec les libellés des actes pour lesquels ils sont nécessaires et autorisés. Les gestes complémentaires ou les suppléments sont facturés en même temps que l'acte principal qui les ont induits.

La notion d'association existe et décrit la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient et par le même praticien. Ces actes doivent être compatibles entre eux. Les codes et les taux d'application des associations sont mentionnés à l'article III-3 du Livre III.

1.5. Entente directe entre patients et praticiens

Avant de réaliser un quelconque acte, le chirurgien-dentiste doit obtenir l'accord de son patient, que ce soit pour le type de traitement envisagé ou le coût que cela implique.

Ainsi, selon l'article 33 du Code de Déontologie des Chirurgiens-dentistes, l'établissement d'un devis écrit est obligatoire pour les soins onéreux, s'ils sont soumis à entente directe ou « non-remboursables ». En pratique, on établit un devis lorsque les soins dépassent le montant de 70€ [Décret du 22 juillet 1967].

De plus, l'article L1111-3 du Code de la Santé Publique précise : « *les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie* » [Loi du 26 janvier 2016].

Ces dernières années, les réseaux mutualistes se sont de plus en plus développés. Ils impliquent une entente tripartite. En effet, les praticiens conventionnés avec de tels réseaux réalisent pour leurs patients adhérents, une demande de prise en charge auprès du réseau mutualiste. Ce dernier traite le devis pour la mutuelle du patient et s'occupe de la prise en charge du tiers payant auprès du chirurgien-dentiste.

1.6. Convention nationale des chirurgiens-dentistes

La Convention nationale des chirurgiens-dentistes qui est actuellement en vigueur a été adoptée en mai 2006. Elle a été négociée entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) d'une part, et la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD), l'Union des jeunes chirurgiens-dentistes – Union dentaire (UJCD-UD) d'autre part. Elle régit les rapports entre les praticiens et les caisses d'assurance maladie. Cette convention a été publiée au Journal officiel du 18 juin 2006.

1.7. La CCAM dentaire v34

1.7.1 Pourquoi abandonner la NGAP au profit de la CCAM dentaire ?

Les chirurgiens-dentistes ont été invités à abandonner la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) au profit de la CCAM dentaire le 1^{er} juin 2014. En effet, la NGAP était obsolète. Datant du 27 mars 1972, elle était source de contentieux et peu précise. Et surtout, elle ne reflétait pas la totalité de l'activité dentaire : par exemple, les actes non-remboursables n'existaient pas.

La CCAM dentaire décrit quant à elle 628 actes dentaires précis. De plus, elle est évolutive. 82 actes non-remboursables par l'Assurance Maladie sont mis en évidence. Cette dernière choisit par ailleurs quels actes elle souhaite rembourser. Les actes non pris en charge n'ont pas de tarifs de référence.

La CCAM dentaire est également un outil de dialogue pour faire évoluer les tarifs et les 546 actes pris en charge.

1.7.2 Différences entre la NGAP et la CCAM

Contrairement à la NGAP, la CCAM supprime la règle générale qui était alors en vigueur : le premier acte d'une séance était facturé à 100%, le deuxième à 50% ; le troisième devenait alors gratuit.

Désormais, il est possible d'associer les actes. De plus, la facturation de deux actes identiques est maintenant réalisable lors d'une même séance de soins.

Au temps de la NGAP, deux cavités occlusales (SC 7) sur deux dents voisines (36 et 37) ne pouvaient être facturées qu'une seule fois. Les soins conservateurs ont, eux, été revalorisés : les cavités 1 face passent de 16,87 à 19,28 €, et les cavités 2 faces passent de 28,92 à 33,74 €. Les libellés endodontiques ont aussi été précisés.

De même, la CCAM implique une réécriture complète des libellés et des indications des radiographies rétro-alvéolaires. Dans le cadre des inlays, on note la suppression de la notion de recouvrement cuspidien. Ainsi, les inlays-onlays ne sont plus définis que par le nombre de faces. Il est également possible de noter la suppression de la phrase « la pose d'une couronne dentaire définitive inclut la pose de couronne dentaire provisoire » ou encore la simplification des libellés des bridges.

Parmi d'autres modifications de libellés, il est possible d'indiquer la suppression de la notion de point de contact dans les libellés des soins, ou encore la suppression des procédures pour les extractions et les prothèses qui aboutissaient à une globalisation (3 à 5 dents, 6 à 10 dents, etc...) et à une diminution d'honoraires.

Dans le cadre du détartrage, la notion d'arcade a été supprimée ; le terme « complet » a été retiré afin de permettre la prise en charge de deux séances (facturées) et la réalisation de séances supplémentaires (non facturées).

La CCAM prévoit également la possibilité de joindre plusieurs numéros de dents par acte, contrairement à la NGAP qui ne prévoyait qu'un seul numéro par acte.

1.7.3 Le nouveau panier de soins CMU-Complémentaire et ACS

Lorsqu'ils intègrent le panier de soins, les patients bénéficiant de la CMU-C continuent à être cotés en NGAP [Arrêté du 28 mai 2014]. Cela reste valable même lorsqu'ils font l'objet d'une alternative thérapeutique et que cela entraîne des dépassements d'honoraires. Si des actes n'entrent pas dans le panier de soins CMU-C, alors les actes sont codés dans la CCAM.

A partir du 1^{er} juin 2014, les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire bénéficient d'une prise en charge du bridge de base, comportant 3 éléments (deux piliers et un élément intermédiaire). 4 cotations et 13 tarifs de prise en charge sont possibles :

Code CCAM	Libellé	Codes CMU-C transposés	BR	Dépas- sement maximum autorisé	Montant maximum autorisé
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramo- métallique ou en équivalents minéraux*, et 1 élément intermédiaire métallique	FDC1+ FDC1+ FDC3	279,50€	555,50€	835,00€
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramo- métallique ou en équivalents minéraux*, et 1 élément intermédiaire céramo- métallique ou en équivalents minéraux*	FDC1+ FDC3+ FDC3	279,50€	700,50€	980,00€
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	FDC1+ FDC1+ FDC1	279,50€	410,50€	690,00€
HBLD023	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage céramo- métalliques ou en équivalents minéraux*	FDC3+ FDC3+ FDC3	279,50€	845,50€	1 125,00€

Figure 1 : extrait du tableau descriptif du panier CMU-C.

Le coût de l'inscription des bridges de base dans le panier de soins CMU-C est évalué à 5,6 millions d'euros. La revalorisation des obturations coronaires 1 ou 2 faces (mesures issues de l'avenant 2) coûte 15,7 millions d'euros dans le panier CMU-C et 38,5 millions d'euros en AMO.

A titre de comparaison, l'intégration d'une base de remboursement de la couronne sur implant est estimée à 6 millions d'euros pour l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et 2,6 millions pour l'Assurance maladie complémentaire (AMC), soit un coût total en année pleine de 8,6 millions d'euros.

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est créée le 1^{er} janvier 2005. Elle concerne les personnes dont les revenus se situent au-dessus du plafond de la CMU, mais qui ne dépassent pas plus de 15 % dudit plafond.

Un « chèque santé » annuel est délivré à chaque membre du foyer, à présenter à l'organisme de protection complémentaire pour réduire le montant de la cotisation annuelle. Le montant du chèque santé est défini selon l'âge au 1^{er} janvier de l'année en cours : les moins de 16 ans bénéficient d'un chèque de 100 € ; de 16 à 49 ans, les assurés disposent d'un chèque de 200 € ; de 50 à 59 ans, le montant passe à 350 € ; enfin, à partir de 60 ans, le « chèque santé » est de 550 €.

Il existe 3 conditions à remplir pour bénéficier de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) : résider en France depuis plus de 3 mois ; être en situation régulière ; et avoir des ressources ne dépassant pas un certain plafond.

Chapitre 2 : Effets généraux de la mise en application de la CCAM dentaire

2.1. Impact de la CCAM sur l'activité des chirurgiens-dentistes

L'avenant de la CCAM a mis en place des mesures de revalorisations tarifaires sur plusieurs actes, comme la prise en charge d'actes de soins en cas d'urgence douloureuse, notamment l'évacuation d'abcès parodontal (HBJB001), qui a été valorisé à 40 €.

L'avenant a également mis en place la valorisation de certains actes de soins conservateurs, comme les reprises de traitements endodontiques : les partenaires conventionnels s'engageant à examiner ultérieurement une juste valorisation de ces actes depuis 2014.

Les restaurations d'angles ont également été valorisées, que ce soit la restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur un angle (HBMD044) ; ou bien celle d'un secteur incisivocanin sur deux angles (HBMD047).

Certains actes de chirurgie incluant de l'orthodontie ont eux aussi été revalorisés. C'est le cas pour les actes de dégagement, que ce soit le dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique (HBPD001), ou encore pour le dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose de dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal (HBPD002), ou avec aménagement parodontal par greffe ou lambeau (HBPA001).

D'autres actes médicaux ont, eux aussi, été revalorisés à hauteur de 50%. C'est le cas de la pose d'un plan de libération occlusale (HBLD018), ou bien encore la pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique (LBLD006), ou encore la pose d'une orthèse métallique recouvrant totalement ou partiellement une arcade dentaire (LBLD014).

Les couronnes implanto-portées ont désormais une base de remboursement à hauteur de 107,50 €. Cette mesure est appliquée depuis le 1er juin 2014.

La revalorisation des tarifs de visite des chirurgiens-dentistes spécialistes (VS) s'estime à 23 € en France métropolitaine et à 23,05 € dans les départements d'Outre-mer. La consultation des chirurgiens-dentistes spécialistes (CS), dans les départements d'Outre-mer, est fixée à 25,30 € pour les Antilles et à 27,60 € pour la Guyane, la Réunion et Mayotte.

Enfin, l'avenant n°2 prévoit en son annexe la revalorisation des obturations coronaires une face et deux faces, pour les adultes et enfants, dès lors que sera opérationnelle la facturation des actes dentaires par la CCAM. Pour les obturations une face, il y a un passage de 16,82 € à 19,28 € (SC 7 à SC 8) pour les adultes et de 19,28 € à 21,69 € (SC 8 à SC 9) pour les enfants. Pour les obturations 2 faces, le tarif passe de 28,92 € à 33,74 € (SC 12 à SC 14) pour les adultes et de 33,74 € à 38,56 € (SC 14 à SC 16) pour les enfants.

L'avenant prévoit des mesures de revalorisations tarifaires. La prise en charge d'actes de soins en cas d'urgence douloureuse, comme l'évacuation d'abcès parodontal (HBJB001), est valorisé à 40 €.

Certains actes de soins conservateurs sont valorisés :

- Reprises de traitements endodontiques : les partenaires conventionnels s'engagent à examiner ultérieurement une juste valorisation de ces actes depuis 2014 ;
- Restauration d'angles : la restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur un angle (HBMD044) est valorisé à 43 €, tandis que la restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur deux angles (HBMD047) est valorisé à 86 €.

Certains actes de chirurgie incluant de l'orthodontie sont aussi revalorisés :

- les actes de dégagement de plusieurs dents retenues ou incluses avec pose de dispositif de traction orthodontique (HBPD001) est revalorisé à 156,75 € ;
- l'acte de dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose de dispositif de traction orthodontique sans aménagement parodontal (HBPD002) est revalorisé à 104,50 € ;
- l'acte de dégagement d'une dent retenue ou incluse avec pose de dispositif de traction orthodontique et aménagement parodontal par greffe ou lambeau (HBPA001) est revalorisé à 146,30 €.

Certains actes médicaux ont été revalorisés à hauteur de 50% :

- La pose d'un plan de libération occlusale (HBLD018) est revalorisée à 172,80 € ;
- La pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique (LBLD006) est revalorisé à 172,80 € ;
- La pose d'une orthèse métallique recouvrant totalement ou partiellement une arcade dentaire (LBLD014) est revalorisée à 172,80 €.

Les couronnes implanto-portées ont désormais une base de remboursement à hauteur de 107,50 €. Cette mesure est appliquée depuis le 1^{er} juin 2014.

La revalorisation des tarifs de la visite des chirurgiens-dentistes spécialistes (VS), en France métropolitaine, est à 23 €, et dans les départements d'Outre-Mer, à 23,05 €. La consultation des chirurgiens-dentistes spécialistes (CS) dans les départements d'Outre-Mer est fixée à 25,30 € pour les Antilles, et 27,60 € pour la Guyane, la Réunion et Mayotte.

Enfin, l'avenant n°2 prévoyait en son annexe la revalorisation des obturations coronaires une face et deux faces, pour les adultes et enfants, dès lors que sera opérationnelle la facturation des actes dentaires par la CCAM. Pour les obturations une face, le tarif passe de 16,82 € à 19,28 € (SC 7 à SC 8) pour les adultes, et de 19,28 € à 21,69 € (SC 8 à SC 9) pour les enfants. Les obturations 2 faces passent de 28,92 € à 33,74 € (SC 12 à SC 14) pour les adultes, et de 33,74 € à 38,56 € (SC14 à SC16) pour les enfants.

2.2. Evolution de la consommation de soins

L'annexe de l'avenant 2, datant du 9 mai 2012, prévoit une revalorisation des obturations coronaires une face et deux faces, pour les enfants et les adultes, revalorisation mise en place lors de l'arrivée de la CCAM. Lors de la signature de l'avenant 3, c'est chose faite et les revalorisations entrent en vigueur le 1^{er} juin 2014.

De plus, l'avenant 3 apporte d'autres mesures :

- La revalorisation de certains actes de chirurgie incluant de l'orthodontie ;
- La prise en charge d'actes de soins en cas d'urgence douloureuse ;
- La revalorisation de certains actes de soins conservateurs ;
- La revalorisation de certains actes médicaux ;
- L'inscription du bridge au panier de soins de la CMU-C.

Dans son rapport « Les dépenses de santé en 2015 », la Dreess rapporte le coût total des mesures de l'avenant 3 (en année pleine) à 25,5 millions d'euros pour l'AMC (dont 15,7 millions d'euros pour les mesures prévues par l'avenant 2 et mises en place par l'avenant 3), et à 55,8 millions d'euros pour l'AMO. Le coût total est donc de 81,3 millions d'euros, soit une augmentation de 0,6 point des prestations complémentaires en dentaire et 0,1 point en année pleine du coût du risque pris en charge par l'AMC [Drees 2015].

Les mesures les plus coûteuses pour l'AMC sont les obturations coronaires 1 ou 2 faces (15,7 millions d'euros), l'inscription des bridges de base dans le panier de soins CMU-C (5,6 millions d'euros) et les couronnes sur implants (2,6 millions d'euros). Le tableau suivant donne plus de détails sur les coûts financiers pour l'AMC :

(Montants en millions d'euros)	Année pleine		2014		2015	
	AMO	AMC	AMO	AMC	AMO	AMC
Mesures issues de l'avenant 2 (Revalorisation des obturations coronaires 1 ou 2 faces)	38,5	15,7	22,5	9,2	16	6,6
Mesures supplémentaires	17,3	9,7	10,1	5,7	7,2	4,1
Revalorisation des soins conservateurs	1,2	0,5	0,7	0,3	0,5	0,2
Couronnes sur implants	6	2,6	3,5	1,5	2,5	1,1
Revalorisation de soins médicaux	6,3	0	3,6	0	2,6	0
Prise en charge d'actes de soins en cas d'urgence douloureuse	2,4	1	1,4	0,6	1	0,4
Revalorisation d'actes de chirurgie associés à de l'orthodontie	0,1	0,1	0,1	0	0,1	0
Revalorisation des CS et VS dans les DOM, et VS en France métropolitaine	0	0	0	0	0	0
Bridges de base dans le panier de soins CMUC	1,3	5,6	0,8	3,3	0,5	2,3
Total avenant 3	55,8	25,5	32,6	14,9	23,3	10,6

Source : FNMF à partir de données UNCAM

Figure 2 : tableau descriptif des AMO et AMC en année pleine, 2014 et 2015.

Il apparaît que l'impact des mesures de l'avenant n°3 en année pleine est estimé à 25,5 millions d'euros pour l'AMC (dont 15,7 millions d'euros pour les mesures prévues dans l'avenant 2 et mises en œuvre par l'avenant 3) et 55,8 millions d'euros pour l'AMO.

Les mesures ayant l'impact le plus important pour l'AMC sont les obturations coronaires 1 ou 2 faces qui représentent 15,7 millions d'euros, l'inscription des bridges de base dans le panier de soins CMU-C pour 5,6 millions d'euros et les couronnes sur implants (2,6 millions d'euros).

2.3. Renoncement aux soins

Le concept de « renoncement aux soins » (*Unmet health needs* en anglais) naît en 1991 et est issu de l'enquête Santé et Protection Sociale de l'Irdes ESPS, dans laquelle a été introduite une question sur le renoncement aux soins pour des raisons financières. Il n'a pas encore donné lieu à une définition spécifique.

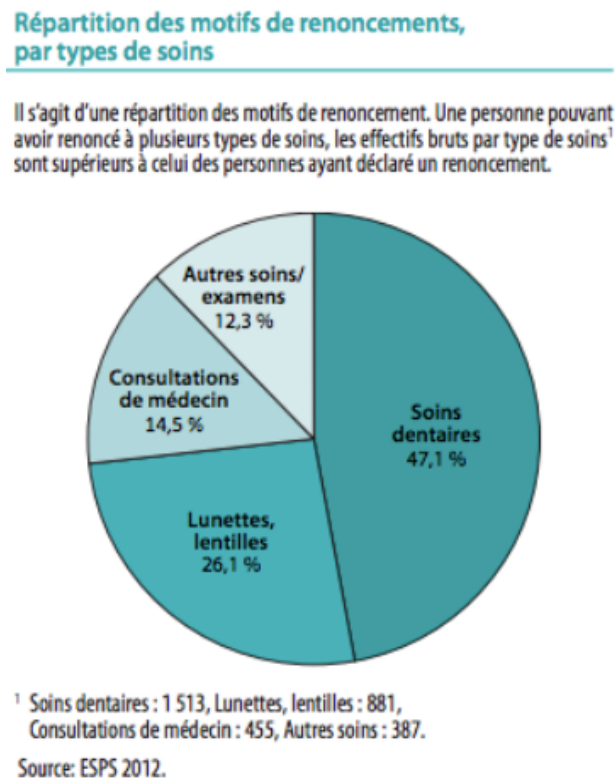


Figure 3 : répartition des motifs de renoncements (d'après l'ESPS 2012).

Selon les derniers résultats de « l'Enquête santé protection sociale » (ESPS) de 2012 [Irdes. 2014], les soins dentaires représentent 47,1% des motifs de renoncement aux soins. 15,4 % de la population de 18 à 64 ans ont déclaré renoncer à des soins pour des raisons financières lors des 12 derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires concerne 10,7 % de la population, ce qui en fait le type de soins le plus concerné après la lunetterie. Ces résultats portent sur un échantillon de 8 000 ménages et 23 000 individus interrogés.

Une analyse au fil du temps montre que le taux de renoncement à des soins pour des raisons financières augmente de 1,1% entre 1998 et 2000. Il décroît ensuite fortement de 4,2% de 2000 à 2002. Le taux de renoncement aux soins pour raisons financières fluctue légèrement de 2002 à 2010.

Évolution du taux de renoncement aux soins pour raisons financières (en %)

1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
14,3%	15,4%	11,2%	13 %	14,2%	15,4%	15,1%

Source : Enquête ESPS (rapports des années 1998, 2000, 2002, 2006, 2008, 2010, *Questions d'économie de la santé*, n° 110 pour 2004

Figure 4 : tableau de l'évolution du taux de renoncement aux soins pour raison financière.

Selon une enquête de l'OCDE, parmi les nombreux obstacles à l'accès aux soins invoqués par les usagers (distance d'accès, listes d'attente...), les restes à charge demeurent l'élément le plus déterminant du renoncement aux soins. En se fondant sur les soins dentaires, souvent partiellement couverts par les assurances santé en Europe ; la Lettonie accuse, en 2014, le taux le plus élevé de renoncement aux soins (18 %). Le Portugal, l'Italie et l'Espagne connaissent aussi un taux important. L'Autriche, le Luxembourg, l'Allemagne et les Pays-Bas réalisent les taux les plus bas (entre 0 et 4 %). La France se situe à un taux de 17% selon l'EHIS European Health Interview Survey en 2014 [OCDE. 2016].

2.4. Vers le tiers payant généralisé

Le tiers payant est progressivement généralisé par l'Assurance maladie. En règle générale, lors de la consultation d'un professionnel de santé, le règlement se fait immédiatement. L'Assurance maladie, avec la complémentaire santé, rembourse les sommes engagées par le patient en totalité ou en partie, une fois que la feuille de soins a été télétransmise.

Lorsque le tiers payant total est mis en place, le patient ne règle pas le professionnel de santé. Si le tiers payant est partiel, le patient ne paye que le ticket modérateur, c'est-à-dire les frais non pris en charge par l'Assurance maladie.

Le tiers payant s'applique de plein droit dans les situations suivantes :

- le patient bénéficie de la CMU-C ;
- le patient bénéficie de l'AME ;
- le patient bénéficie de l'ACS.

2.5. Problématique

Depuis le 1^{er} juin 2014, la CCAM v34 se substitue totalement à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

Cette nouvelle nomenclature couvre la totalité des actes de chirurgie dentaire et a entraîné une revalorisation de certains actes conservateurs, médicaux et chirurgicaux.

Cette mutation de codification eut de multiples effets, aussi bien sur l'activité quotidienne des chirurgiens-dentistes que sur la consommation de soins des patients.

Les objectifs de cette étude sont de faire l'état de l'utilisation de la CCAM par les chirurgiens-dentistes des Hauts-de-Seine et dans deux villes socio économiquement éloignées. Aussi, nous analyserons comment cette nomenclature influence la pratique de la médecine bucco-dentaire.

Afin d'y parvenir nous menons une étude transversale puis une étude de cas témoins à partir des données fournis par la CPAM des Hauts-de-Seine sur l'ensemble des actes télétransmis par les chirurgiens-dentistes de Neuilly-sur-Seine, Clichy-la-Garenne et 100 chirurgiens-dentistes des Hauts-de-Seine.

Chapitre 3 : Utilisation de la CCAM par les chirurgiens-dentistes au sein du département des Hauts-de-Seine, et des villes de Neuilly-sur-Seine et de Clichy-la-Garenne.

3.1. Matériel : population étudiée

L'étude transversale a été menée à partir d'une base de données, fournie par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine, constituée de trois groupes.

- Un premier, regroupant 100 chirurgiens-dentistes des Hauts-de-Seine, qu'on nommera les **100 CD 92**.
- Un deuxième, regroupant l'ensemble des chirurgiens-dentistes de la commune de Neuilly-sur-Seine qu'on nommera **CD N**.
- Un dernier regroupant l'ensemble des chirurgiens-dentistes de la commune de Clichy-la-Garenne sera nommé **CD CG**.

Ces trois groupes définissent les trois groupes d'étude.

L'objectif principal est de déterminer l'utilisation de la CCAM par les chirurgiens-dentistes des Hauts-de-Seine, de faire un état de l'utilisation de la CCAM et de comparer médico-économiquement leur utilisation avec celui de deux villes aux revenus fiscaux par ménage les plus éloignés.

Le périmètre d'étude s'étend, pour la première base de données, à l'ensemble des communes des Hauts-de-Seine, à l'exception des villes comportant moins de 20 chirurgiens-dentistes. Les deux autres bases de données ciblent la totalité des communes de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine.

Pour la présente analyse, l'échantillon départemental inclut 100 chirurgiens-dentistes répartis dans l'ensemble des 24 communes des Hauts-de-Seine. Le département de l'Ouest parisien compte en réalité 36 communes ; cependant, 12 villes ont été exclu de l'échantillon car elles comportent moins de 20 chirurgiens-dentistes.

L'échantillon de Neuilly-sur-Seine comprend les 68 chirurgiens-dentistes, et l'échantillon de Clichy-la-Garenne l'ensemble de ses 36 chirurgiens-dentistes. Ces villes ont été choisies en fonction du revenu fiscal médian par ménage de leurs habitants.

Selon l'INSEE, Clichy-la-Garenne est la troisième commune du département possédant le revenu fiscal médian par ménage le plus bas avec 27 265 € par an. D'un autre côté, Neuilly-sur-Seine est la troisième ville la plus aisée du département avec un revenu fiscal médian par ménage s'élevant à 57 830 € [Insee. 2014a].

Code Insee	Commune	Superficie de la commune (en hectares) ³	Altitude min ³ en mètres	Altitude max ³ en mètres	Nombre d'habitants (année 2012)	Revenu fiscal médian par ménage (année 2011) ⁴	Revenu fiscal 2011 : rang parmi les 31 525 communes de plus de 39 ménages ⁴
92048	Marnes-la-Coquette	348	105	178	1 634	80 327 €	2
92076	Vaucresson	308	132	178	8 611	61 973 €	43
92060	Neuilly-sur-Seine	373	27	39	62 021	57 830 €	95
92024	Clichy	308	23	35	59 240	27 265 €	20 889
92078	Villeneuve-la-Garenne	320	22	31	25 725	25 824 €	23 464
92035	Gennevilliers	1 164	21	33	42 919	23 577 €	27 058

Figure 5 : tableau descriptif des trois villes aux revenus les plus élevées et des trois villes aux revenus les plus modestes des Hauts-de-Seine.

Le revenu médian est le revenu qui divise la population en deux parties égales, c'est-à-dire tel que 50 % de la population ait un revenu supérieur et 50 % un revenu inférieur. Ici, l'INSEE organise les salaires en déciles, qui partagent cette distribution en dix parties égales.

Ainsi, pour une distribution de salaires, l'INSEE définit le décile comme tel :

- le premier décile (noté généralement D1) est le salaire au-dessous duquel se situent 10 % des salaires ;
- le neuvième décile (noté généralement D9) est le salaire au-dessous duquel se situent 90 % des salaires (Insee 2016) [37].

La médiane est, quant à elle, la valeur qui partage les dix déciles en deux parties égales. En 2014, le revenu médian des ménages est de 20 150 € annuels par unité de consommation, soit 1679 € par mois. En 2016, le salaire net médian est de 1772 € par mois.

Notre demande de données portait sur l'année 2015, qui était la première année pleine de mise en application de la CCAM. Ces données ont été traitées au préalable par la CPAM, afin de respecter le cadre juridico-légal.

3.1.1 Considérations éthiques et anonymisation

Afin de respecter ses engagements auprès de la CNIL, la CPAM a traité notre demande de différentes manières :

- Anonymisation des chirurgiens-dentistes : chaque chirurgien-dentiste est représenté par un numéro et est totalement anonyme ; seule la CPAM peut lever l'anonymat ;
- Les communes comportant moins de 20 chirurgiens-dentistes ont été exclues, dans un souci d'anonymat. Ainsi, 12 des 36 villes des Hauts-de-Seine ne font pas parties de l'étude et seules 24 communes sont concernées ;
- Tranche d'âge : la requête émise à la CPAM requerrait l'âge de chaque patient subissant les actes ; cependant, tenus à leur engagement, seule une tranche d'âge de 4 années comprenant l'âge des patients nous a été fournie.

3.1.2 Bases de données

Les trois bases de données regroupent chacune d'entre elles l'ensemble des actes réalisés par les chirurgiens-dentistes sur les périmètres ciblés.

Ainsi, la première base de données dénombre 157 633 actes réalisés durant l'année 2015 par l'échantillon des 100 CD 92. Les deuxième et troisième bases de données contiennent respectivement 58 607 (Clichy-la-Garenne) et 87 733 (Neuilly-sur-Seine). Nous avons demandé à la CPAM d'agrémenter chaque acte-cellule des informations complémentaires suivantes :

- le numéro d'anonymisation des chirurgiens-dentistes (colonne A) ;
- la ville d'exercice du chirurgien-dentiste (colonne B) ;
- le sexe et la tranche d'âge du patient recevant l'acte (colonne G et H) ;
- le code postal de résidence du patient (colonne F) ;
- le code et le libellé de l'acte CCAM télétransmis par le chirurgien-dentiste (colonnes K et L) ;
- la date de réalisation et de télétransmission de l'acte (colonne M).

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
	NUM PS ANO	CP_EXE	VILLE_EXE	SS ANO	CP_ASS	VILLE_ASS	Classe d'âge 2 du patient	Sexe du patient	Code Acte	Libellé de l'acte	Code CCAM	Libellé CCAM	Date de soins
1													
2	x	92000	NANTERRE	25	HORS 92	HORS 92	[5 - 9 ans]	H	xx	xxxxx	xxxxxxxxxx	xxxxxx	xx/xx/2015
3	x	92000	NANTERRE	142	92000	NANTERRE	[80 - 84 ans]	F	xx	xxxxx	xxxxxxxxxx	xxxxxx	xx/xx/2015
4	x	92000	NANTERRE	142	92000	NANTERRE	[80 - 84 ans]	F	xx	xxxxx	xxxxxxxxxx	xxxxxx	xx/xx/2015

Figure 6 : Tableau Excel de la base de données anonymisée.

Le tableau ci-dessus est une reproduction schématique afin de respecter les conditions de la CPAM.

3.2. Méthode

Des 3 bases de données générales regroupant grossièrement l'ensemble des actes réalisés par les chirurgiens-dentistes nous avons traité les données de la manière suivante :

Dans un premier temps, nous avons réalisé des mises en itération de chaque acte. Chaque acte correspondant à un code CCAM, qui correspond lui-même à une cellule Excel. Nous avons ensuite réalisé la somme pour chaque code CCAM. Cette mise en itération présente l'occurrence de chaque acte durant l'année 2015 pour chacune des bases de données et donc pour chacun des territoires traités.

Dans le même temps, nous avons rapporté ces occurrences au nombre de chirurgiens-dentistes les ayant réalisés durant l'année 2015, ce qui nous permet d'obtenir le nombre moyen de réalisation par acte pour un chirurgien-dentiste durant l'année civile.

Dans un second temps nous traitons les occurrences et les moyennes de chaque acte en les regroupant par discipline :

- les soins conservateurs ;
- les soins endodontiques ;
- les soins chirurgicaux ;
- la prothèse conjointe ;
- la prothèse adjointe ;
- la radiologie.

3.3. Résultats

3.3.1 Généralités sur l'activité globale des chirurgiens-dentistes

Les statistiques descriptives nous permettent d'avoir une vision globale de l'activité des chirurgiens-dentistes.

- Nombre d'actes : 92

L'échantillon de 100 chirurgiens-dentistes des Hauts-de-Seine ont télétransmis 129 992 actes du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015. Chaque chirurgien-dentiste a donc réalisé en moyenne 1300 actes.

Ce graphique nous permet d'apprécier la proportion d'actes réalisés en fonction des différentes disciplines dentaires. La catégorie « soins » regroupe l'ensemble des actes de restaurations, des actes d'endodonties et de chirurgies. La catégorie « prothèse » regroupe les prothèses amovibles et fixes.

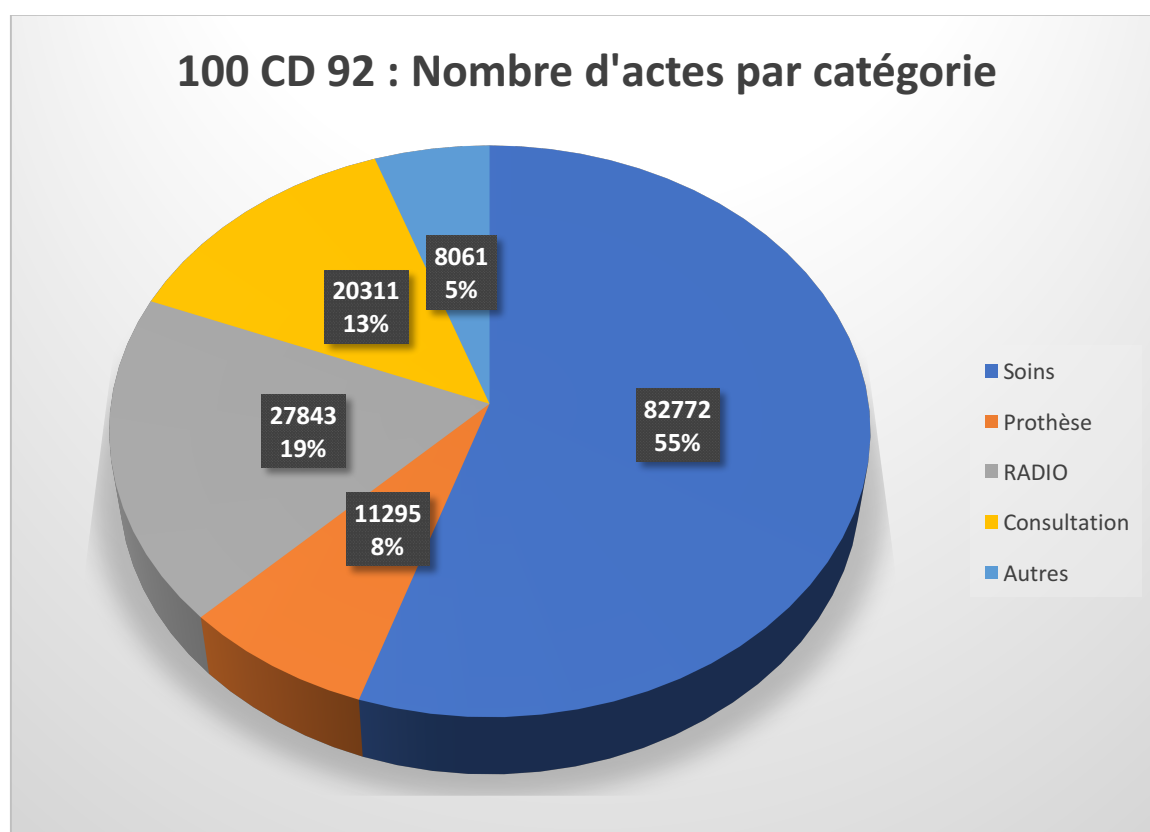


Figure 7 : Répartition des catégories d'actes des 100 CD 92.

- Nombre d'actes : Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne

L'échantillon des CD N est composé de 68 chirurgiens-dentistes. Les praticiens ont télétransmis 87 732 actes du 1^{er} janvier au 31 décembre. Chaque chirurgien-dentiste a donc réalisé en moyenne 1290 actes.

L'échantillon des CD CG est composé de 36 chirurgiens-dentistes. Ainsi, ces praticiens ont télétransmis 58 606 actes du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015. Chaque chirurgien-dentiste a donc réalisé en moyenne 1628 actes.

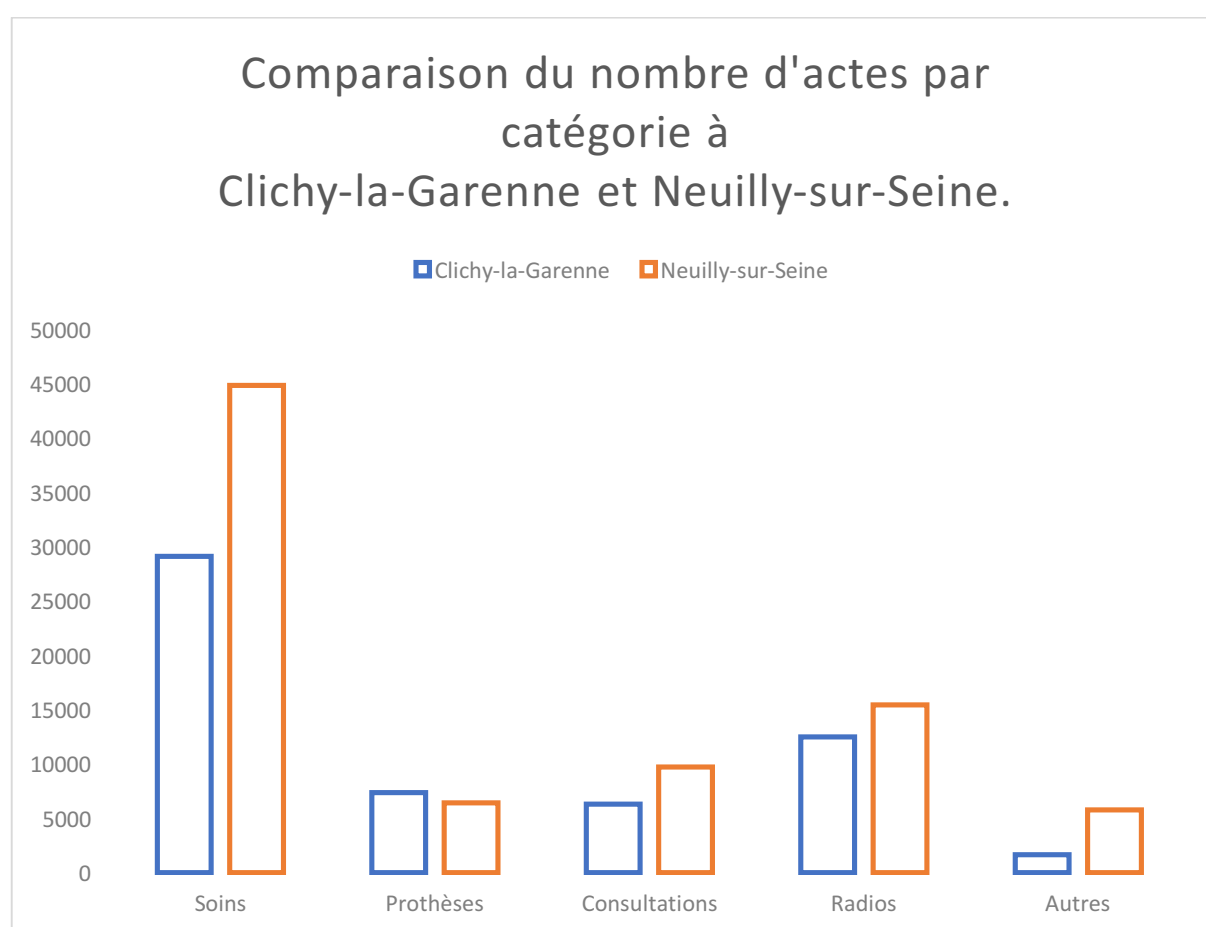


Figure 8 : Comparaison du nombre d'actes par catégorie à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.

Ce graphique nous permet d'apprécier la proportion d'actes réalisée à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne. Les CD NS ont réalisé environ 45 000 soins, tandis que les CD CG en ont réalisé un peu moins de 30 000. Les CD NS ont donc réalisé environ 15 000 soins de plus que leurs confrères de Clichy-la-Garenne. A une échelle moindre, les CD NS ont réalisé plus de radio et de consultation que leurs confrères.

C'est au niveau des prothèses que les CD CG ont réalisé plus d'actes que leurs confrères de Neuilly-sur-Seine, avec respectivement 7000 et 6000 actes prothétiques.

3.3.2 La consultation au sein des Hauts-de-Seine, de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine

La consultation en omni pratique est généralement constituée d'un interrogatoire, d'un examen clinique, d'un examen radiographique, d'un diagnostic et enfin d'un plan de traitement [Albert Hauteville A. 2013].

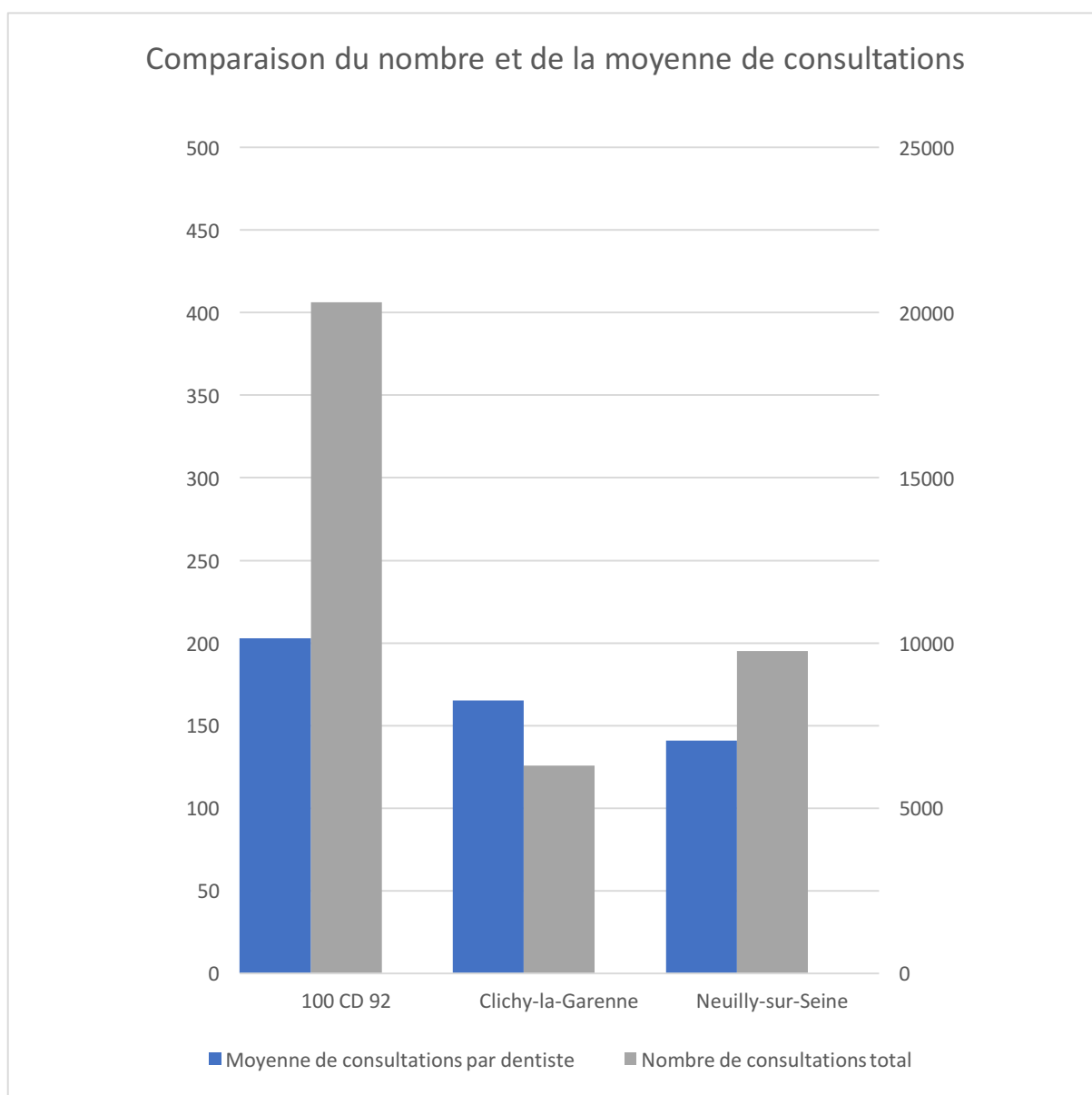


Figure 9 : Comparaison du nombre et de la moyenne de consultations à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.

Les 100 CD 92 ont réalisé plus de 20 000 consultations au total. En moyenne, chaque chirurgien-dentiste a réalisé 200 consultations. Les 100 NS ont effectué 9756 consultations, alors que les 100 CG en ont comptabilisé 6294. En moyenne, chaque chirurgien-dentiste de Neuilly-sur-Seine a réalisé 141 consultations, tandis que leurs homologues de Clichy-la-Garenne en ont réalisé 165. Ainsi, il apparaît que les 100 NS ont effectué moins de consultations en moyenne que les 100 CG, alors que le nombre de consultations totales à Neuilly-sur-Seine est plus important que celui de Clichy-la-Garenne.

3.3.3 Les soins conservateurs au sein des Hauts-de-Seine, de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine

La dentisterie conservatrice correspond aux techniques de soins des affections de l'émail, de la dentine et de la pulpe des dents. La dentisterie conservatrice représente en moyenne 41% de l'activité d'un chirurgien-dentiste [Lasfargues J.-J. et al. 2016].

Les traitements pratiqués consistent le plus souvent à supprimer les tissus pathologiques, à restaurer, à l'aide d'un matériau, les tissus lésés d'une dent pour lui redonner sa morphologie et sa physiologie.

Les soins conservateurs comprennent les restaurations en technique directe [Y.-L. Turpin et al. 2016] (amalgames, les verres ionomères et composites), les restaurations en technique indirecte ainsi que la prophylaxie (scellement de sillons).

3.3.3.1 Hauts-de-Seine

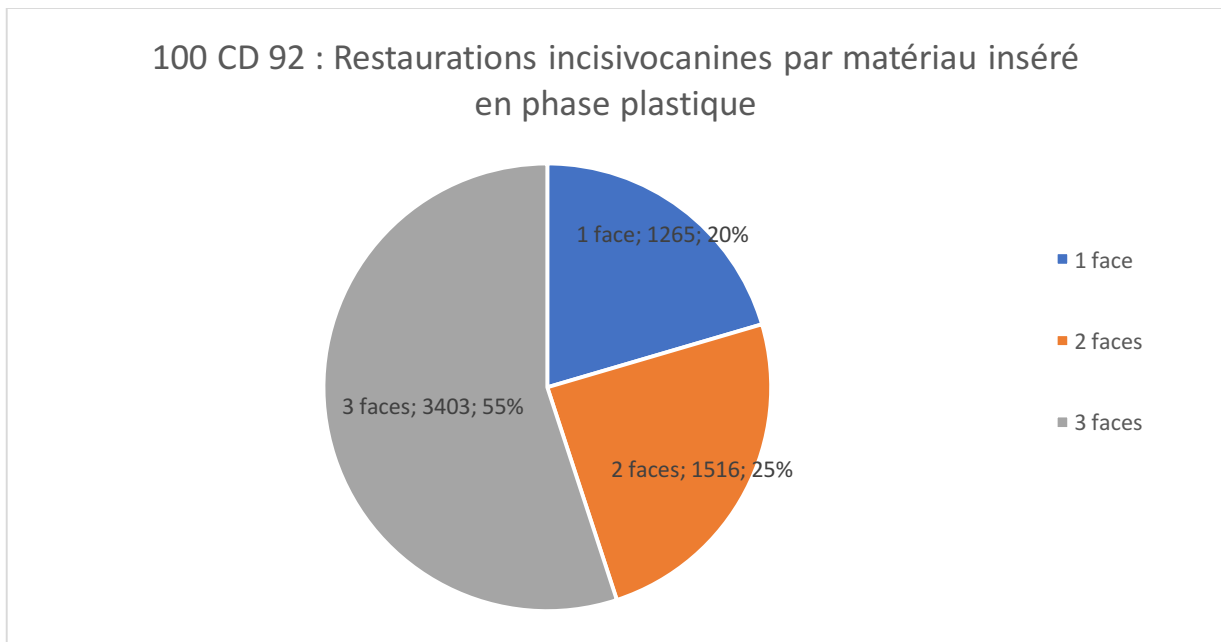


Figure 10 : Proportion des restaurations incisivocanines insérées en phase plastique, réalisées par les 100 CD 92.

55% sont des restaurations 3 faces comprenant les restaurations un angle (19%) et deux angles (7%), 25% des restaurations 2 faces, et 20% des restaurations 1 face. Les restaurations en technique directe des dents antérieures intéressent en majorité trois faces.

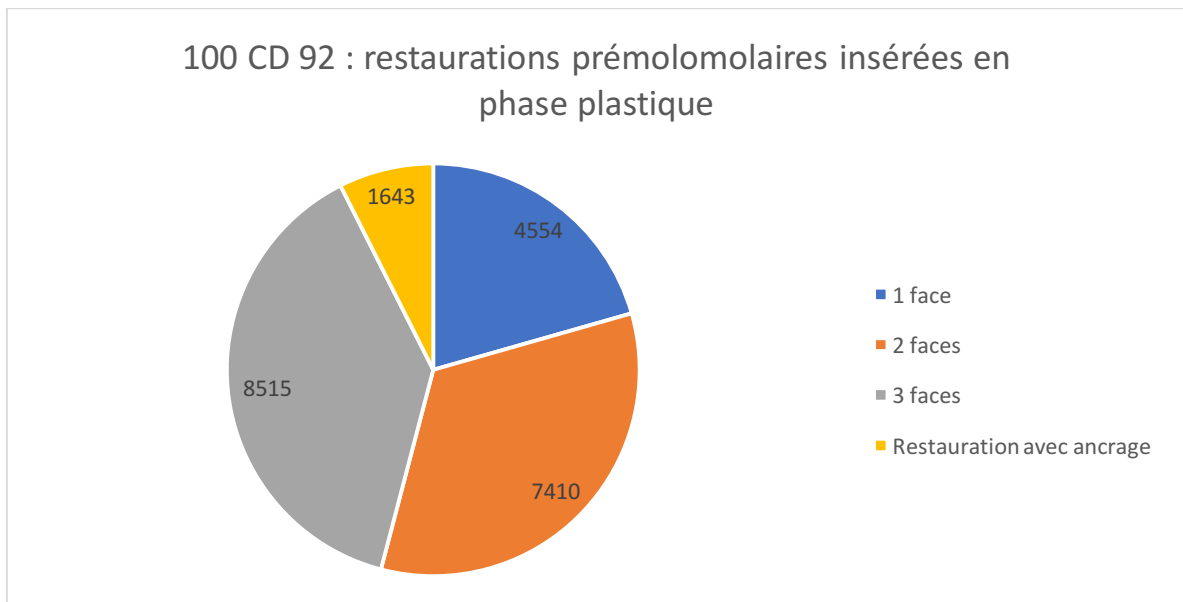


Figure 11 : Répartition des restaurations prémolomolaires insérées en phase plastique, réalisées par les 100 CD 92.

38% sont des restaurations 3 faces, 33% sont des restaurations 2 faces, 21% sont des restaurations 1 face et 7% sont des restaurations avec ancrage radiculaire.

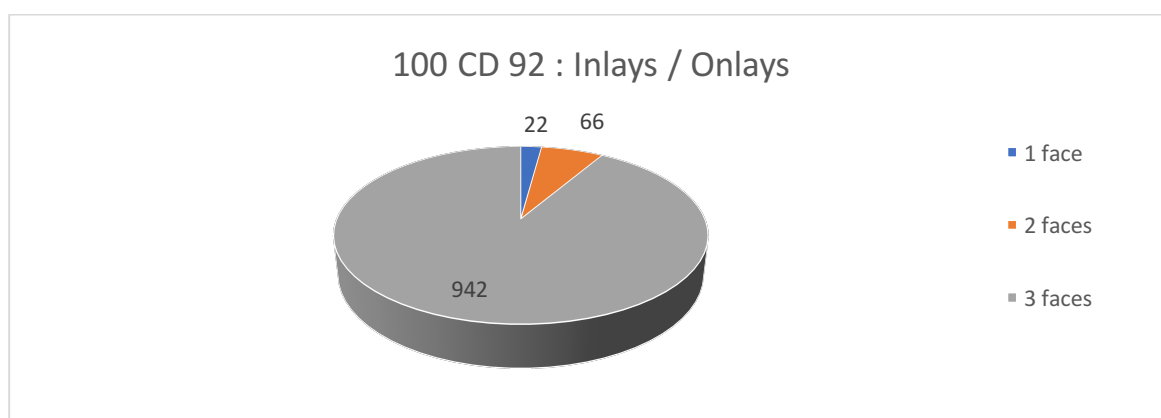


Figure 12 : Inlays / Onlays réalisés par les 100 CD 92.

91 % des inlays / onlays réalisés sont 3 faces, 6 % sont de 2 faces et 2 % n'intéressent qu'une face. Les inlays onlays d'une et deux faces sont extrêmement marginaux. La grande majorité des inlays onlays sont de trois faces.

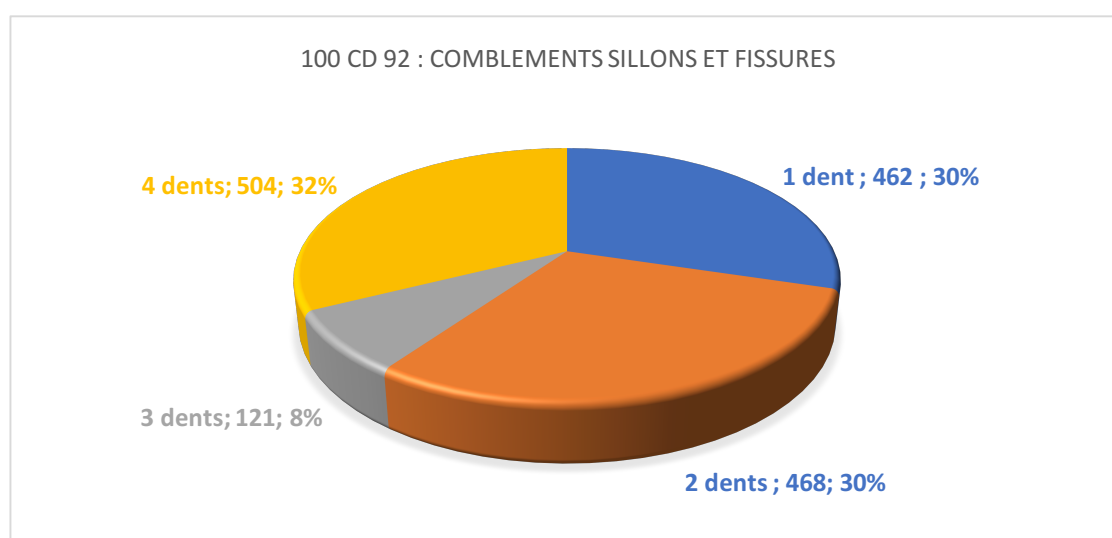


Figure 13 : Complements de sillons et fissures réalisés par les 100 CD 92.

32 % des sealents sont faits sur quatre dents lors de la même séance. 30 % des sealents sont faits sur une dent et deux dents lors du même rendez-vous. Huit pourcents des sealents sont faits sur 3 dents lors de la même séance. Les chirurgiens-dentistes des Hauts-de-Seine réalisent, de manière équivalente, le scellement de sillons de 1, 2 et 4 dents. Le scellement de sillons de 3 dents est très peu réalisé.

3.3.3.2 Neuilly-sur-Seine et Clichy la Garenne

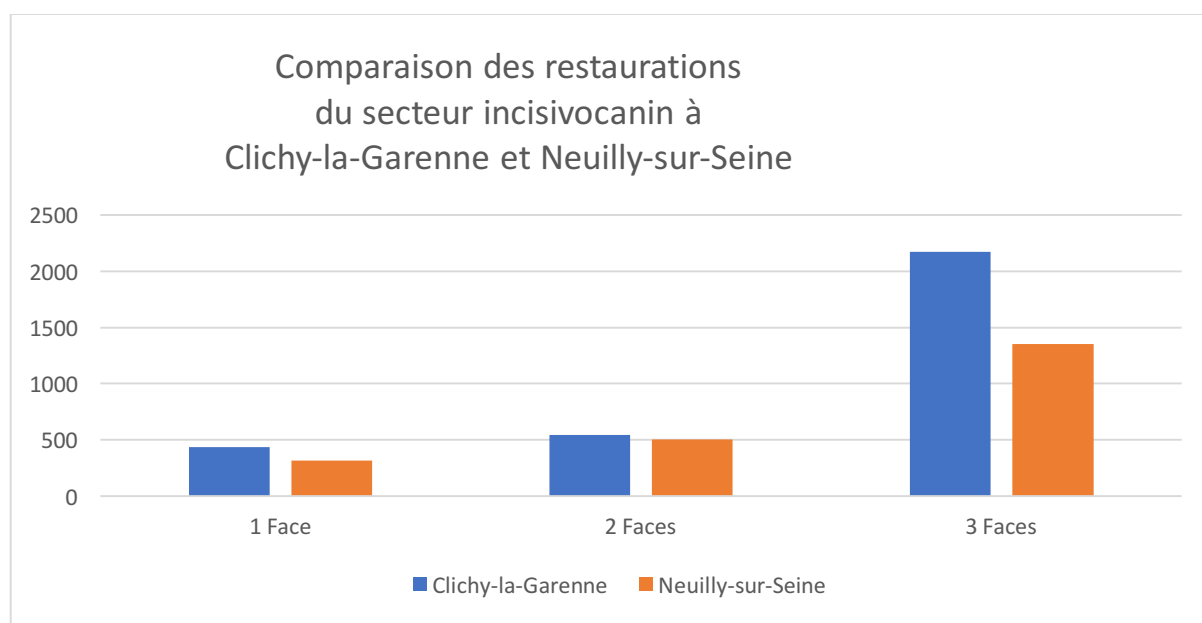


Figure 14 : Répartition des restaurations du secteur incisivocanin à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.

Les pourcentages de restauration d'une dent d'un secteur incisivo-canin sont les suivants : 41 % sont des restaurations 3 faces, 18 % sont des restaurations 1 angle, 17 % sont des restaurations 2 faces, 14 % sont des restaurations 1 face et 11 % des restaurations 2 angles.

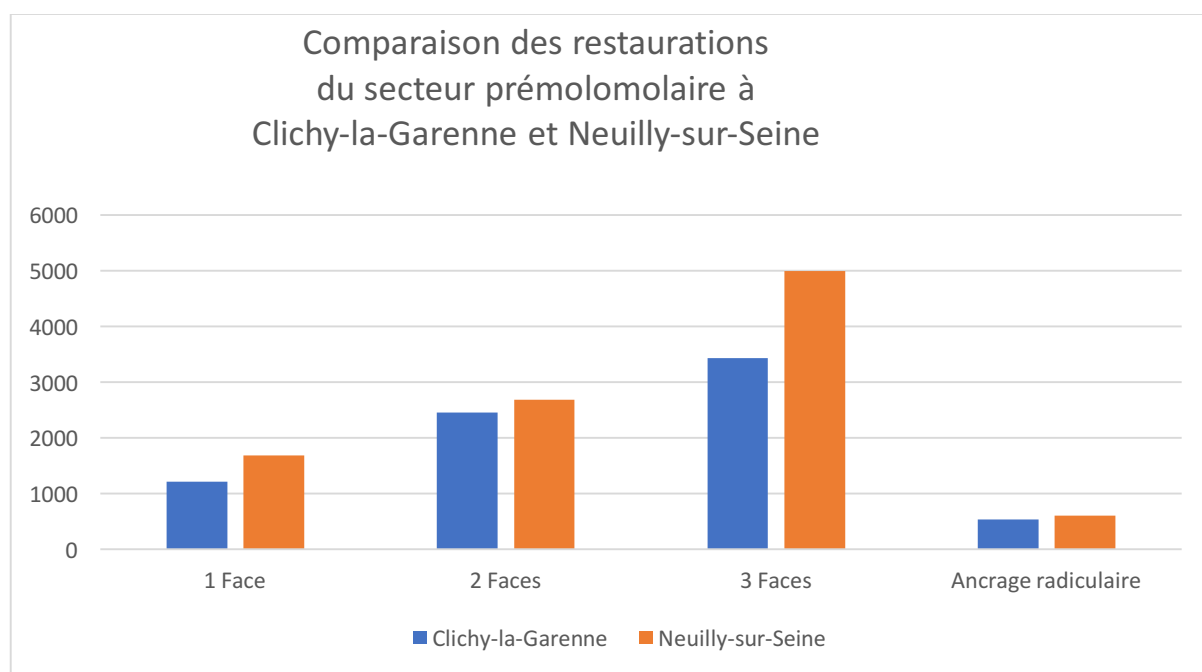


Figure 15 : Comparaison des restaurations du secteur prémolomolaire à Clichy-la-Garenne et Neuilly-Sur-Seine.

Cet histogramme montre que les chirurgiens-dentistes de Neuilly-sur-Seine effectuent plus de restaurations du secteur prémolomolaire que leurs homologues de Clichy-la-Garenne. Néanmoins, les différences dépendent du nombre de faces traitées. Ainsi, pour les restaurations 1 face et 2 faces, les différences sont minimales. En revanche, la différence est plus significative pour les restaurations 3 faces (4991 actes pour les 100 NS, contre 3431 actes pour les 100 CG). Enfin, il apparaît que le nombre d’ancrages radiculaires sont semblables entre les deux communes.

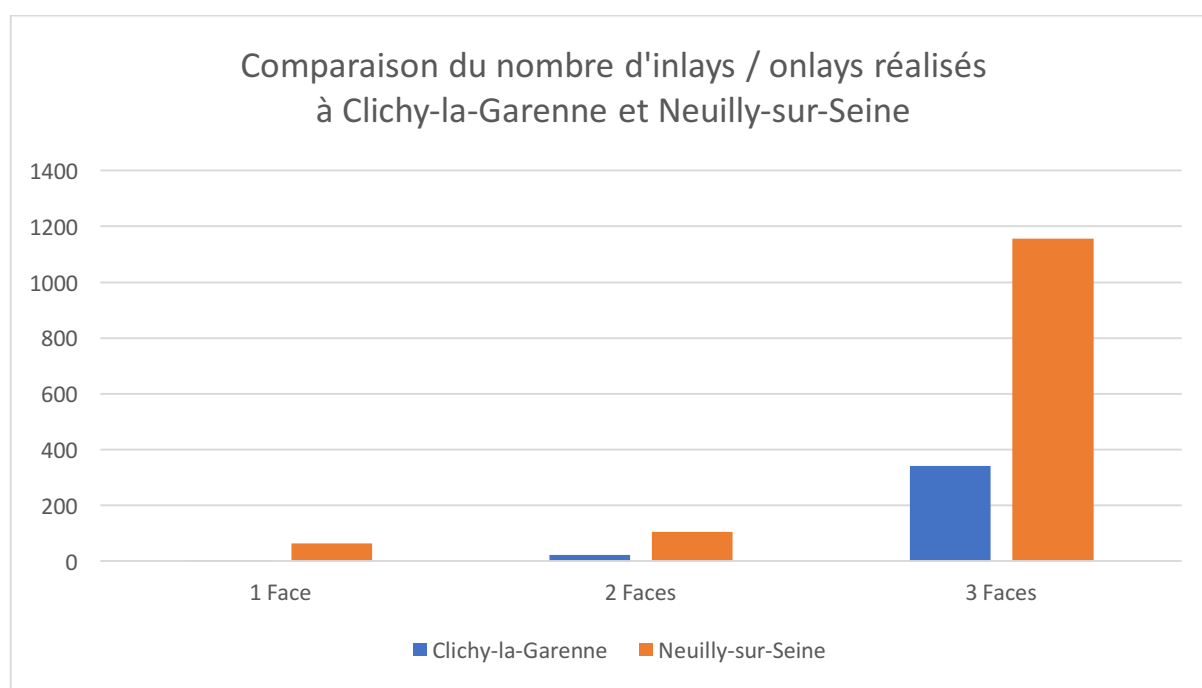


Figure 16 : Comparaison du nombre d’Inlays / Onlays réalisés à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.

Ce graphique montre tout d’abord que les Inlays / Onlays 1 face et 2 faces sont peu réalisés par les chirurgiens-dentistes de Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne : les 100 NS ont effectué 64 Inlays / Onlays 1 face et 106 2 faces, tandis que les 100 CG ont réalisé 3 Inlays / Onlays 1 face et 23 2 faces. En revanche, la différence est plus importante concernant les Inlays / Onlays 3 faces : les 100 NS en ont réalisé 3 fois plus que les 100 CG (1157 contre 341).

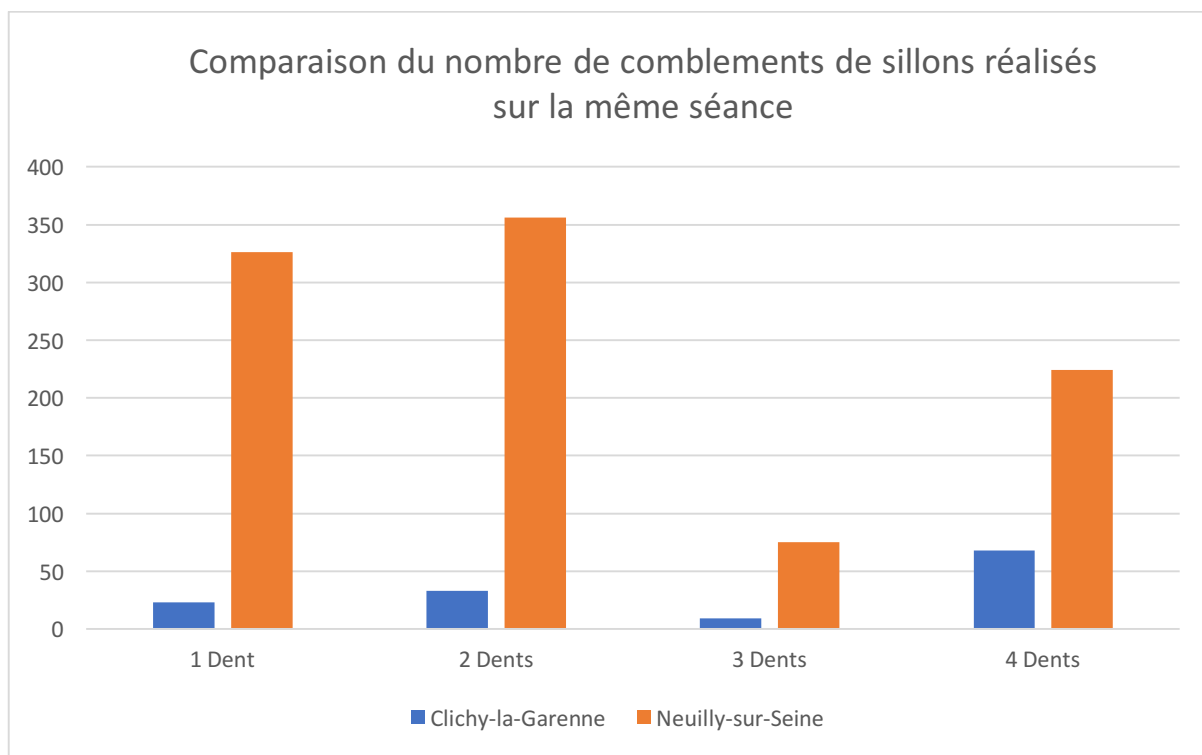


Figure 17 : Comparaison du nombre de comblements de sillons réalisés à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.

La figure 17 montre une grande différence sur les comblements de sillons réalisés sur la même séance entre les chirurgiens-dentistes de Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne : les 100 NS sont plus enclins à pratiquer plusieurs comblements de sillons sur une même séance que les 100 CG. Ainsi, sur les comblements sur 1 dent et 2 dents, la différence est frappante : les 100 NS effectuent environ 10 fois plus d'actes que les 100 CG. La différence apparaît moindre sur les comblements 3 et 4 dents, mais elle existe : les 100 NS en effectuent environ 5 fois plus que les 100 CG.

3.3.4 Endodontie au sein des Hauts-de-Seine, de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine

Le terme « Endodontie » vient du grec « endo » qui signifie « à l'intérieur » et « odont » qui signifie « dent ». Les thérapeutiques endodontiques consistent donc au traitement du « contenu » de la dent. Le traitement endodontique s'impose lorsque la pulpe devient inflammée ou infectée. L'inflammation et l'infection ont de multiples causes comme les caries, des traitements dentaires répétés sur une même dent ou encore une fêlure ou une fracture dentaire. Un traumatisme (choc) peut également entraîner des dommages pulpaux, même si la dent ne

présente aucun signe visible de fracture. Si la pulpe inflammée ou infectée n'est pas traitée, cela peut causer des douleurs ou conduire à un abcès.

Les codes CCAM endodontiques sont au nombre de 21 et ils se partagent en 4 catégories définies par l'état histo-physiologique de la pulpe dentaire [Avis relatif du 16 avril 2012] :

- Endodontie avec exérèse de pulpe vivante ;
- Endodontie avec exérèse de contenu canalaire non vivant ;
- Endodontie avec exérèse de contenu canalaire non vivant dent immature ;
- Apexification et obturation radiculaire après apexification.

3.3.4.1 Hauts-de-Seine

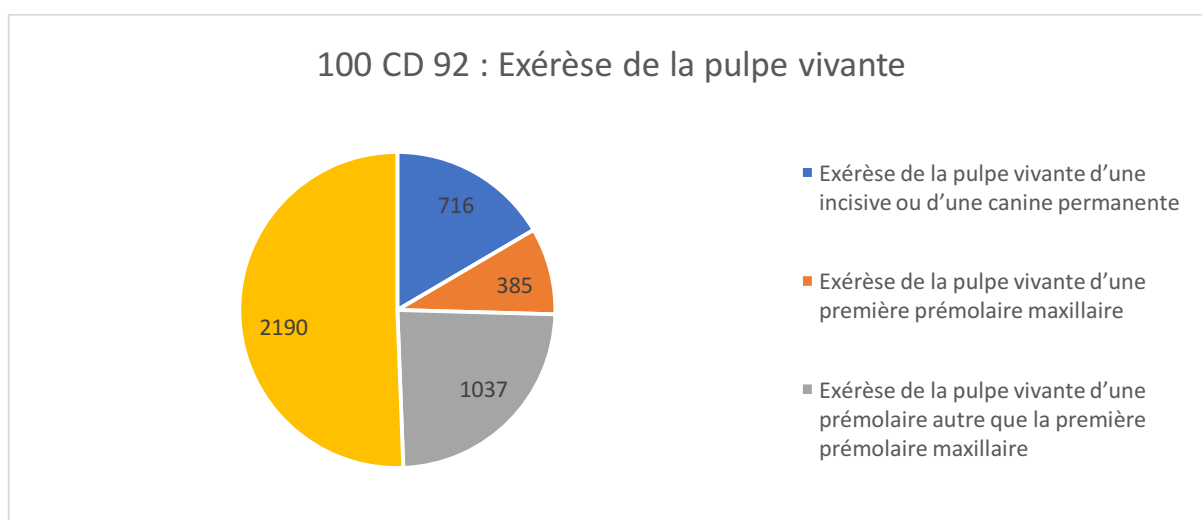


Figure 18 : Exérèses de la pulpe vivante réalisés par les 100 CD 92.

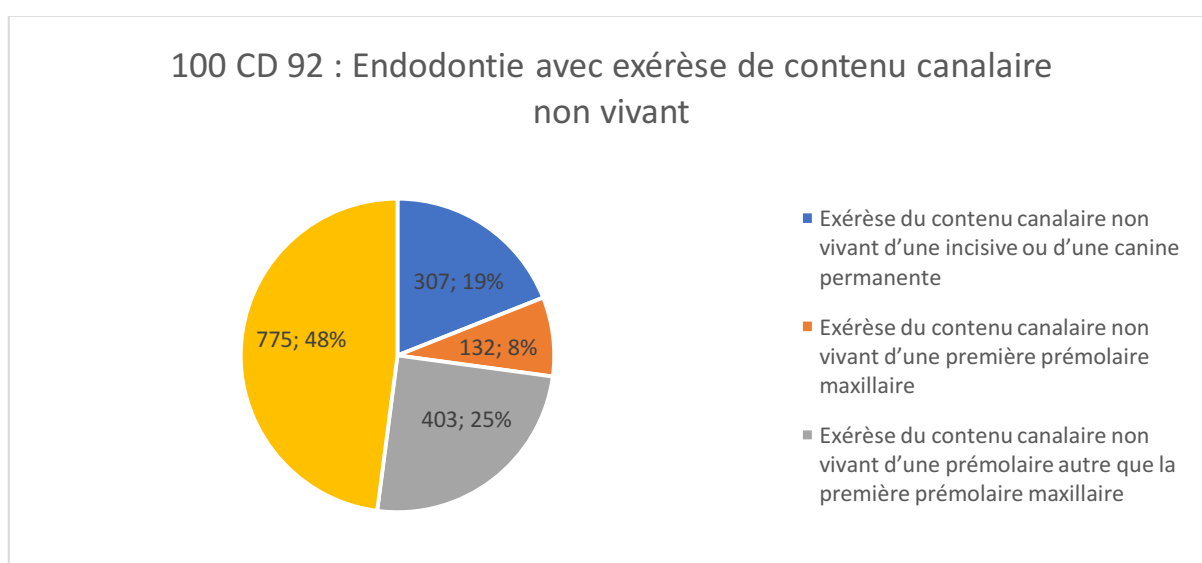


Figure 19 : Exérèses de contenu canalaire non vivant réalisés par les 100 CD 92.

Les figures 18 et 19 montrent que les proportions d'exérèses réalisées par les 100 CD 92 sont semblables, qu'il s'agisse de pulpe vivante ou de contenu canalaire non vivant. Ainsi, il apparaît que les exérèses réalisées sur une molaire permanente sont majoritaires, représentant environ 50 % des actes effectués. Ensuite, les exérèses sur une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire représentent un quart des actes effectués. Enfin, les exérèses réalisées sur une incisive ou une canine permanente, ainsi que celles effectuées sur une première prémolaire maxillaire sont les actes les moins effectués par les 100 CD 92.

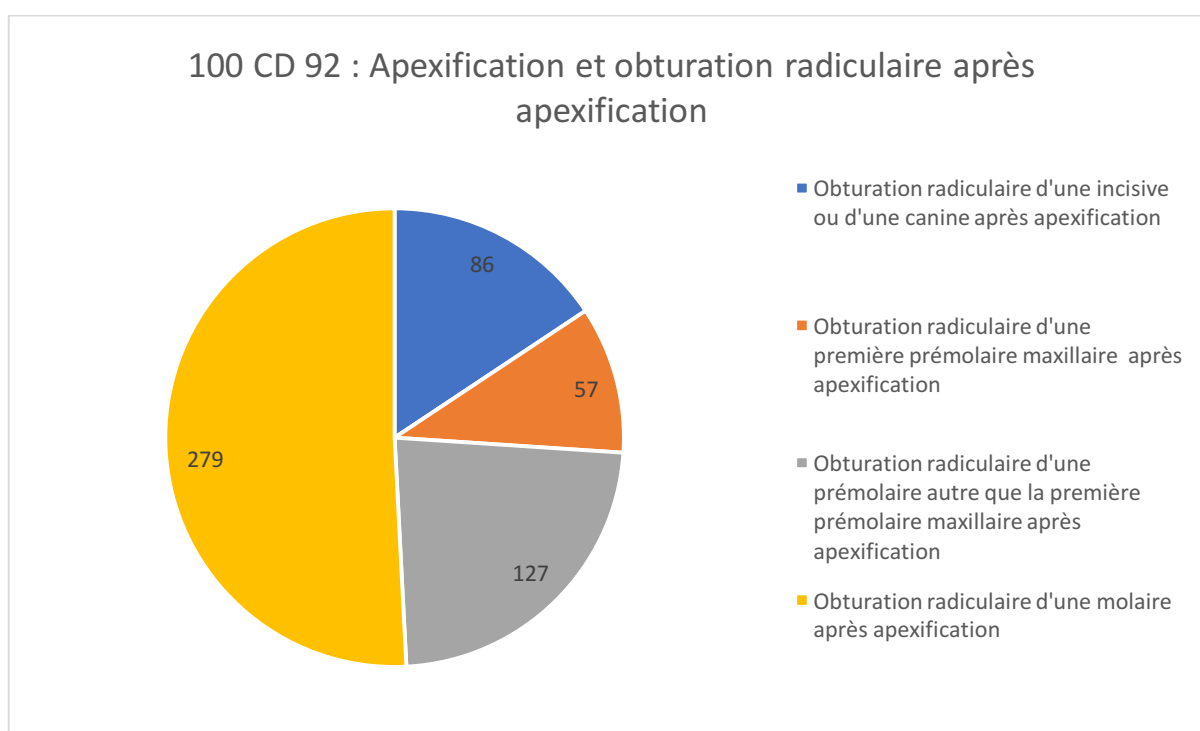


Figure 20 : Comparaison des apexifications et obturations radiculaires après apexification réalisés par les 100 CD 92.

51 % des apexifications et obturations après apexification concernent des molaires, 23 % sont des prémolaires autres que la première maxillaire, 16 % des incisives ou canines et 10 % des prémolaires maxillaires.

3.3.4.2 Neuilly-sur-Seine et Clichy la Garenne

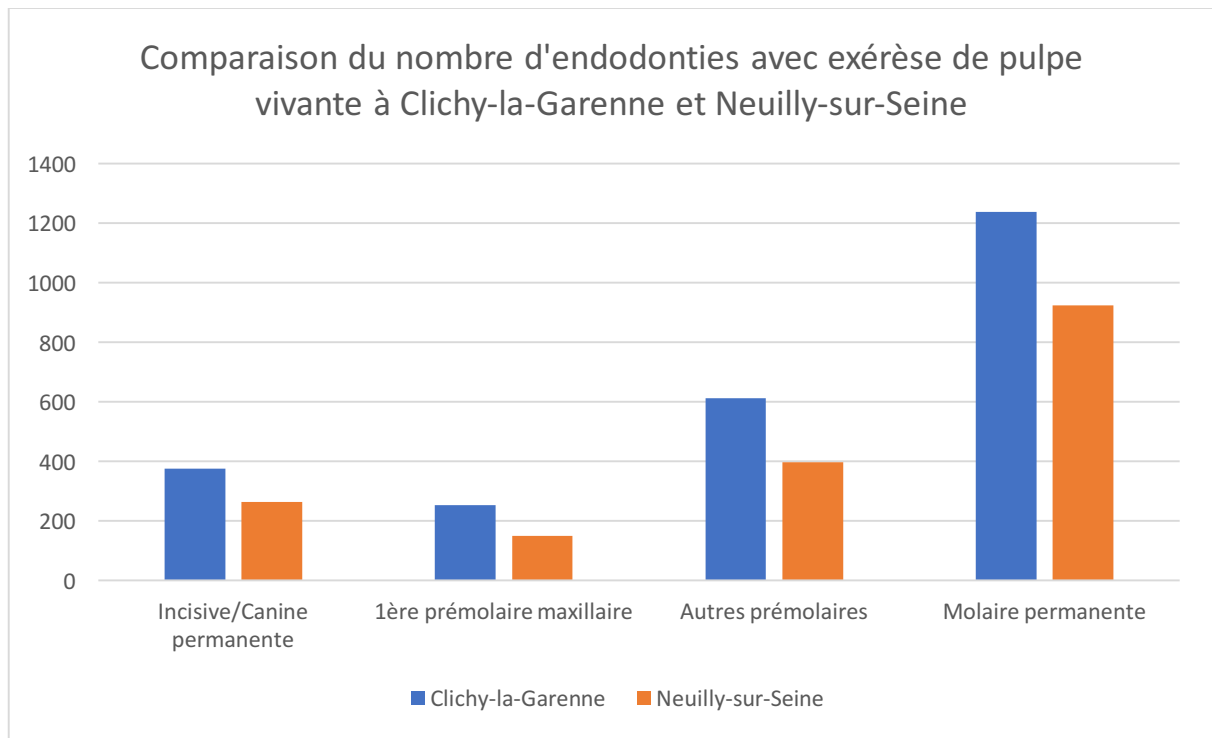


Figure 21 : Comparaison du nombre d'endodonties avec exérèse de pulpe vivante à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.

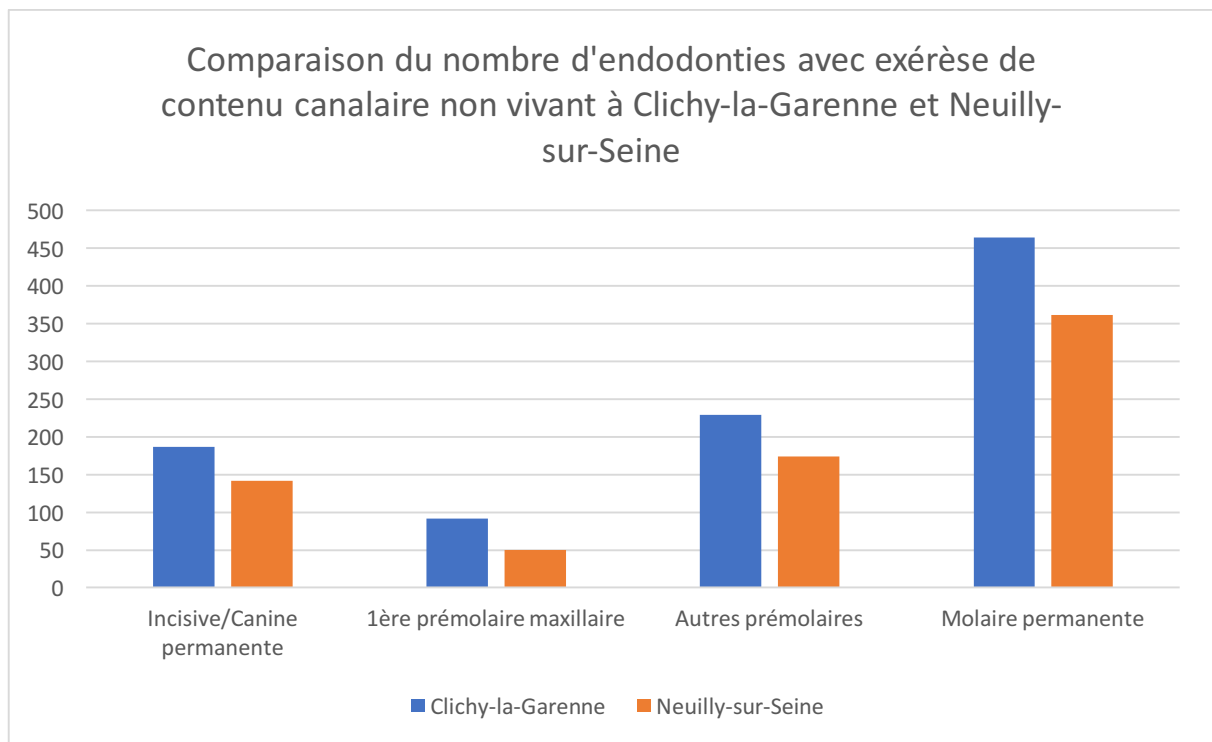


Figure 22 : Histogramme comparant le nombre d'endodonties avec exérèse de contenu canalaire non vivant à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.

La figure 21 montre que les endodonties avec exérèse de pulpe vivante sont plus nombreuses du côté de Clichy-la-Garenne que de Neuilly-sur-Seine. De plus, il apparaît que les actes les plus réalisés sont les endodonties avec exérèse de pulpe vivante sur molaire permanente (1238 actes réalisés par les 100 CG, contre 924 pour les 100 NS).

La figure 22 montre exactement les mêmes proportions sur le nombre d'endodonties avec exérèse de contenu canalaire non vivant. Ainsi, il apparaît une fois de plus que les molaires permanentes sont les plus concernées par les endodonties avec exérèse de contenu canalaire non vivant. (464 actes pour les 100 CG et 362 actes pour les 100 NS).

Dans les deux cas, il apparaît que les endodonties sur dents vivantes ou non vivantes sont plus souvent réalisées à Clichy-la-Garenne qu'à Neuilly-sur-Seine.

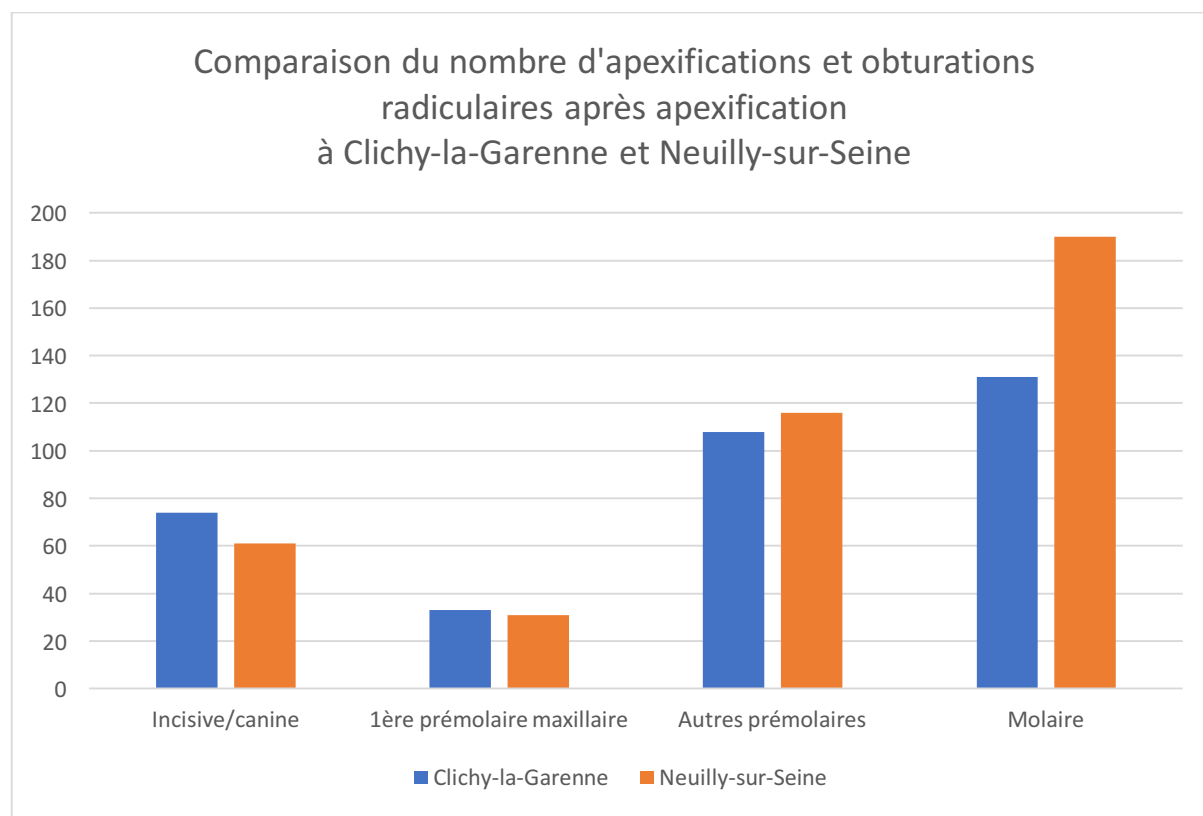


Figure 23 : Comparaison du nombre d'apexifications et obturations radiculaires après apexification à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.

La figure 23 montre que le nombre d'apexifications et obturations radiculaires après apexification varie suivant les dents concernées. Ainsi, il apparaît que les apexifications et obturations radiculaires après apexification sur incisive ou canine sont plus importantes à Clichy-la-Garenne qu'à Neuilly-sur-Seine. Cependant, l'inverse produit pour les molaires et les prémolaires autres que la première prémolaire maxillaire : les 100 NS réalisent plus

d'apexifications et d'obturation radiculaire après apexification que les 100 CG. Cette différence est même significative pour les actes réalisés sur molaires, les 100 NS effectuant 2 fois plus d'actes que les 100 CG. Enfin, il apparaît que la différence est quasi nulle pour les apexifications et obturations radiculaires après apexification sur la première prémolaire maxillaire entre les deux communes.

3.3.5 Prothèse conjointe sur dent naturelle au sein des Hauts-de-Seine, de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine

3.3.5.1 Hauts-de-Seine

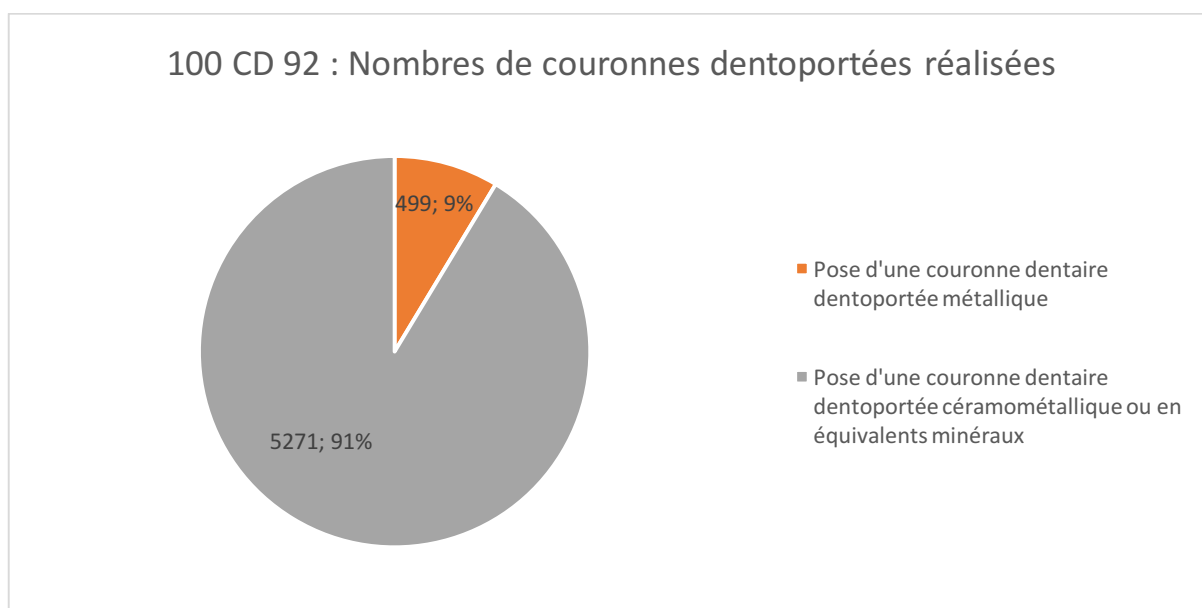


Figure 24 : Nombre de couronnes dentoportées réalisées par les 100 CD 92.

91 % des couronnes dentaires sont des céramométalliques, 9 % sont de composition métallique et moins de 1 % sont des couronnes transitoires. La couronne transitoire ou provisoire, n'ayant pas de base de remboursement, est de fait très rarement télétransmise par les praticiens à l'Assurance maladie.

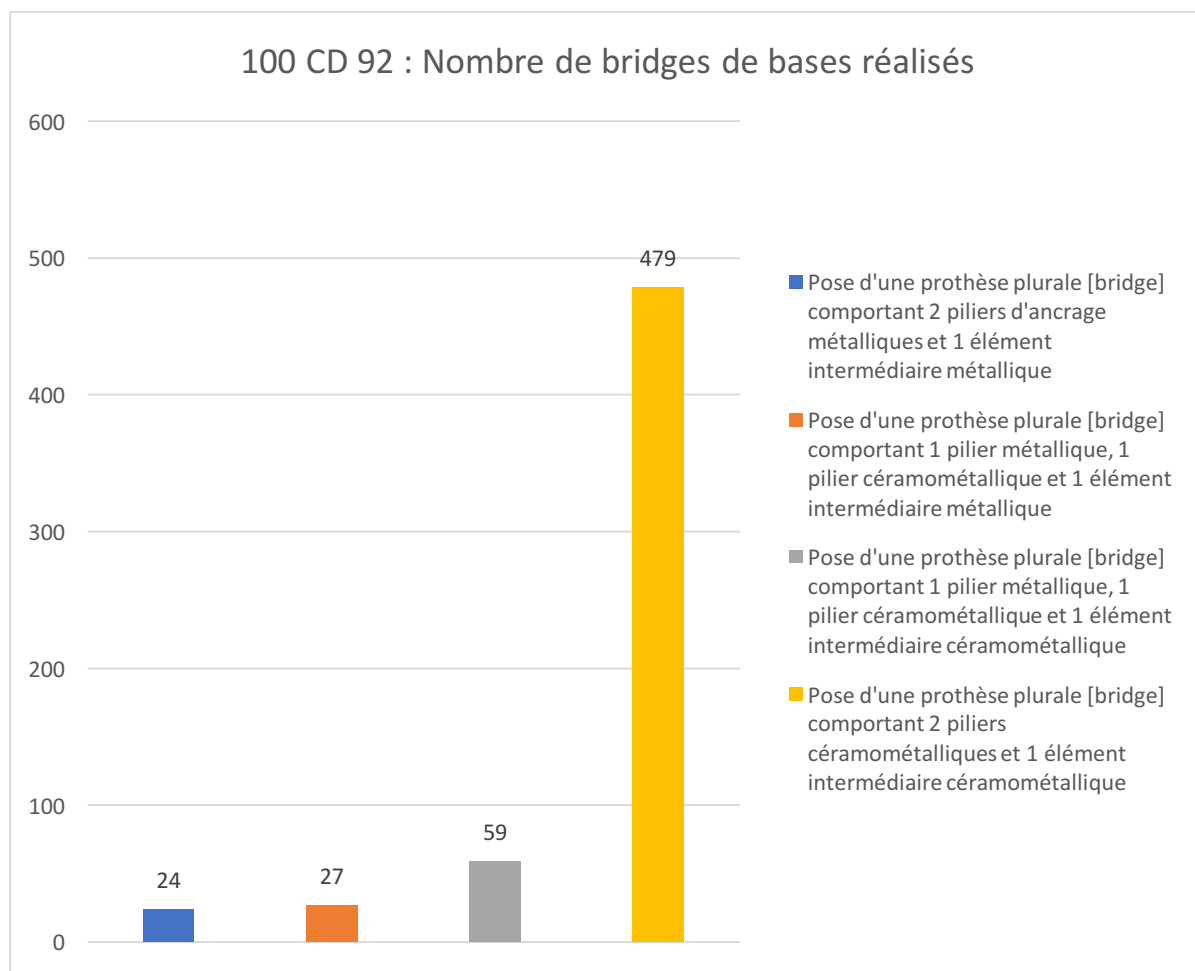


Figure 25 : Comparaison du nombre de prothèses fixées plurales de bases réalisées par les 100 CD 92.

Dans le département des Hauts-de-Seine, 81 % des bridges de bases sont entièrement en céramique. 10 % des bridges de base comportent un pilier métallique et deux éléments céramiques. 5 % des bridges de base sont constitués de deux éléments métalliques et d'un élément céramique. Enfin 4 % des bridges de base sont métalliques.

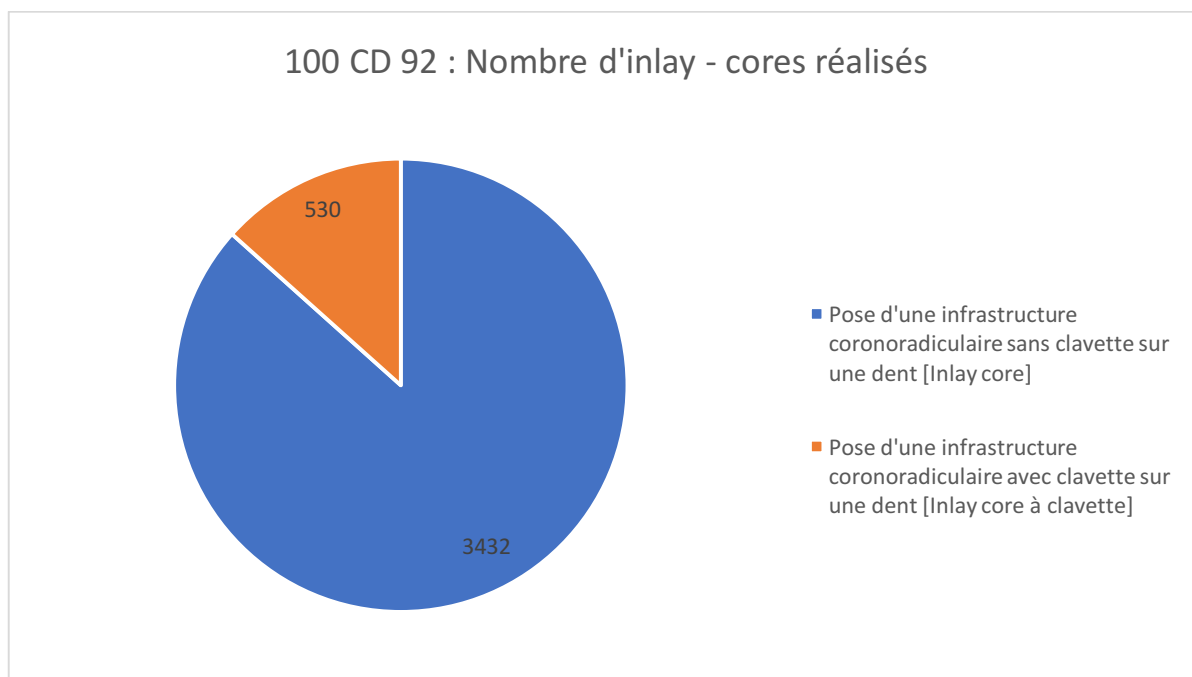


Figure 26 : Nombre d'inlays-cores réalisés par les 100 CD 92.

La proportion des inlays cores simples et à clavette répond à un rapport de 1/10. En effet, 87 % des inlays cores sont simples, tandis que 13 % sont à clavette.

3.3.5.2 Neuilly-sur-Seine et Clichy la Garenne

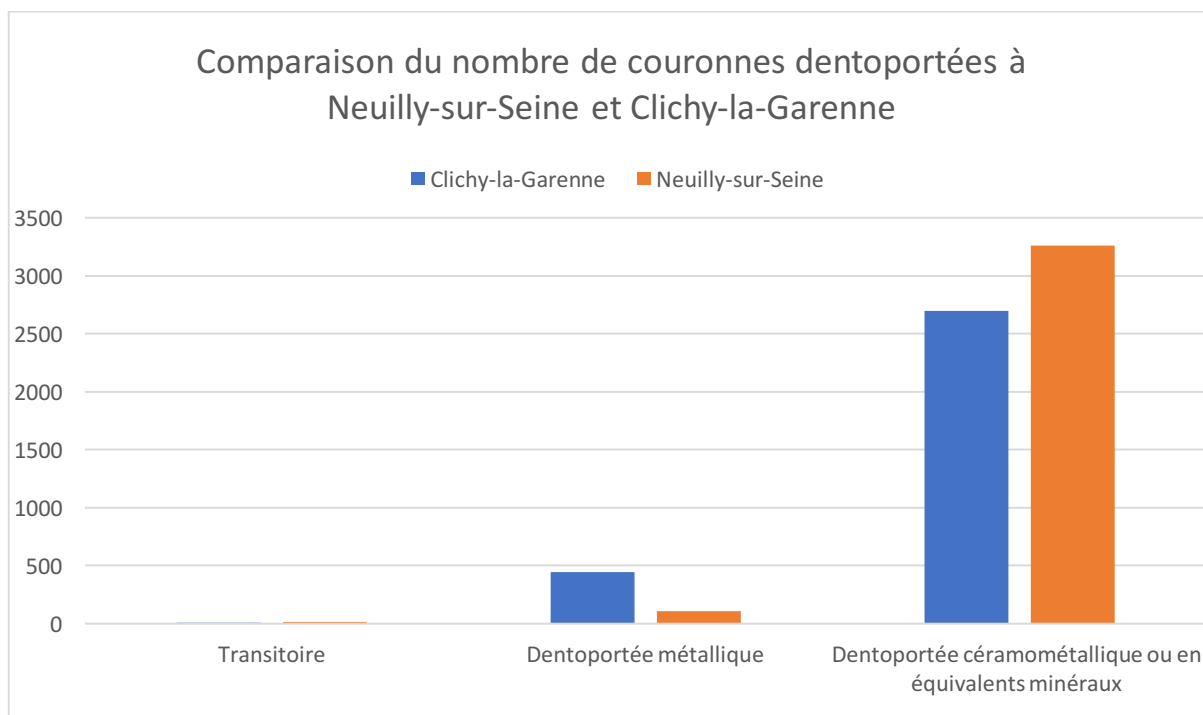


Figure 27 : Nombre de couronnes dentoportées réalisées à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.

Le nombre de couronnes dentoportées réalisées varie suivant la matière qui constitue les couronnes. Ainsi, il apparaît que les couronnes dentoportées métalliques et les couronnes transitoires sont très peu réalisées par les chirurgiens-dentistes de Neuilly-sur-Seine et de Clichy-la-Garenne, par rapport aux couronnes céramométalliques ou en équivalents minéraux. Néanmoins, les 100 CG sont les chirurgiens-dentistes qui effectuent le plus de couronnes dentoportées métalliques, avec 446 actes réalisés, contre 107 pour les 100 NS. L'inverse se produit pour les couronnes dentoportées céramométalliques ou en équivalents minéraux : les 100 NS ont réalisé 562 actes de plus que les 100 CG.

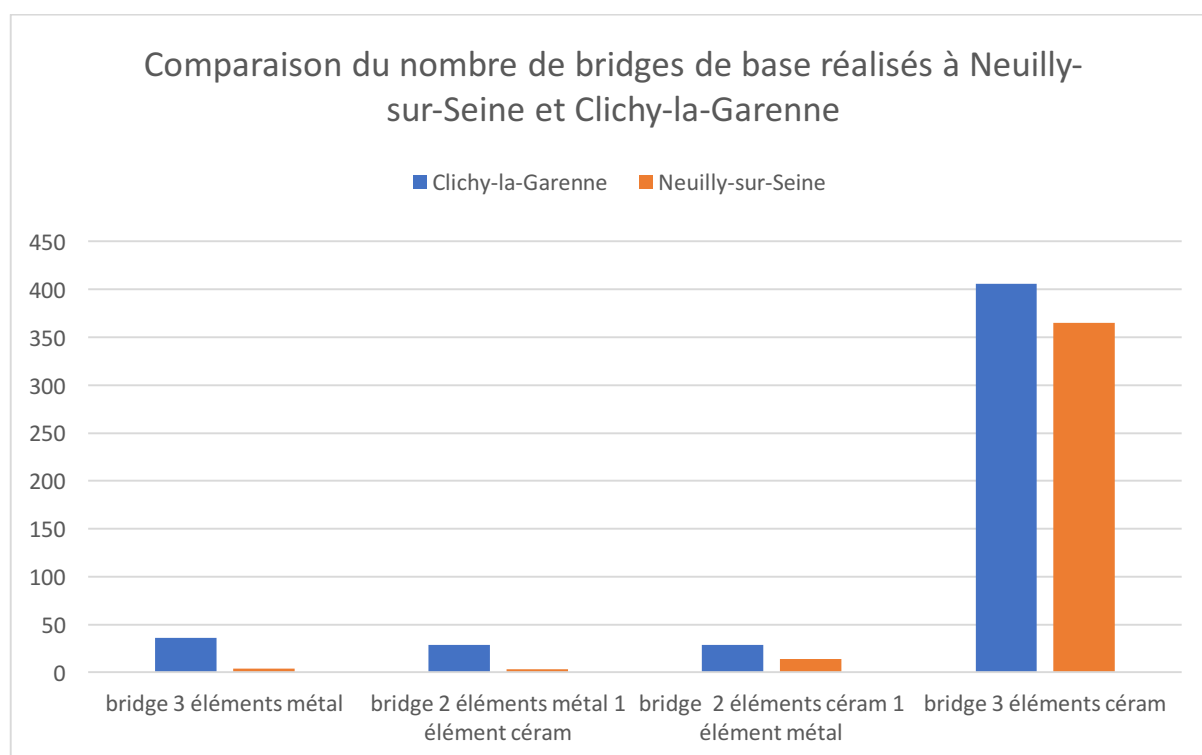


Figure 28 : Comparaison du nombre de prothèses fixées plurales de base réalisés à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.

La figure 28 montre que les prothèses fixées plurales de base sont des actes plus souvent réalisés par les chirurgiens-dentistes de Clichy-la-Garenne que par leurs homologues de Neuilly-sur-Seine. De plus, il apparaît que les prothèses fixées plurales avec 3 éléments céramiques sont les actes les plus effectués par les chirurgiens-dentistes.

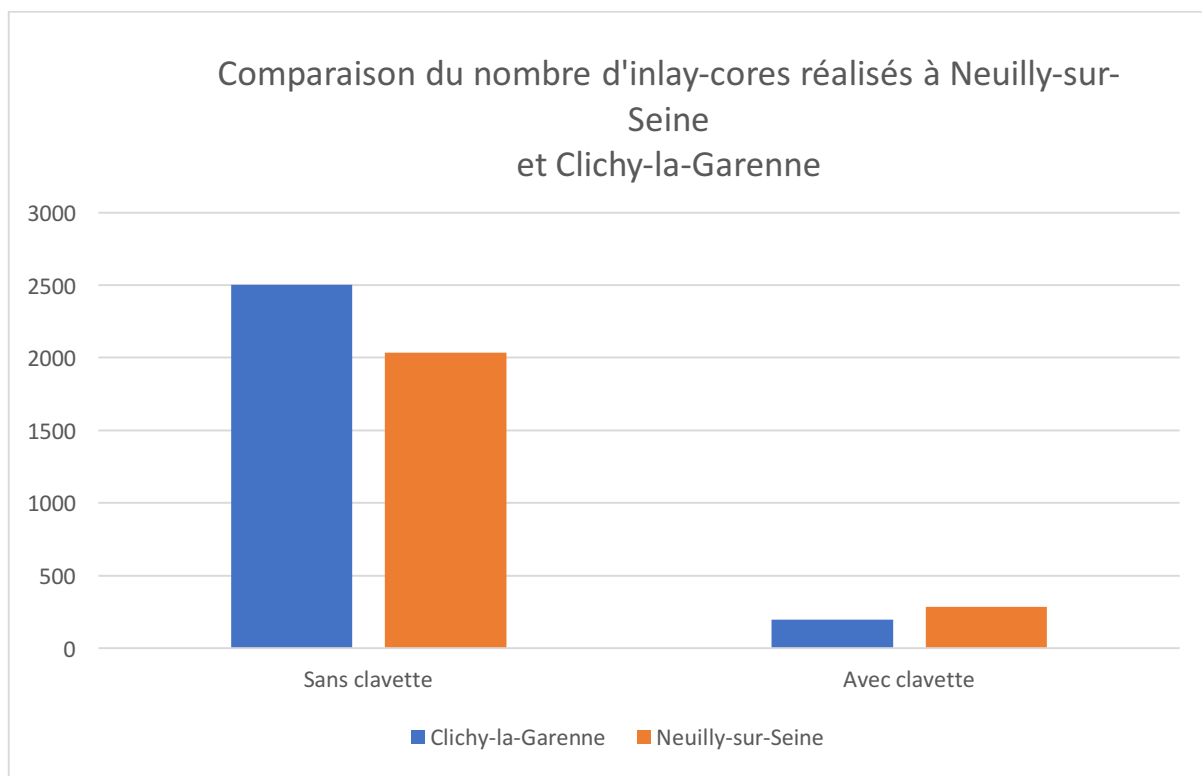


Figure 29 : Comparaison du nombre d'inlay-cores réalisés à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.

Il apparaît que les inlay-cores sont plus souvent réalisés sans clavette qu'avec clavette. La figure 29 montre que les 100 NS réalisent plus d'inlay-cores avec clavette que les 100 CG, alors que c'est la situation inverse pour les inlay-cores sans clavette : les chirurgiens-dentistes de Clichy-la-Garenne ont réalisé 2502 actes, tandis que leurs homologues de Neuilly-sur-Seine en ont réalisé 2033.

3.3.6 Prothèse adjointe au sein des Hauts-de-Seine, de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine

3.3.6.1 Hauts-de-Seine

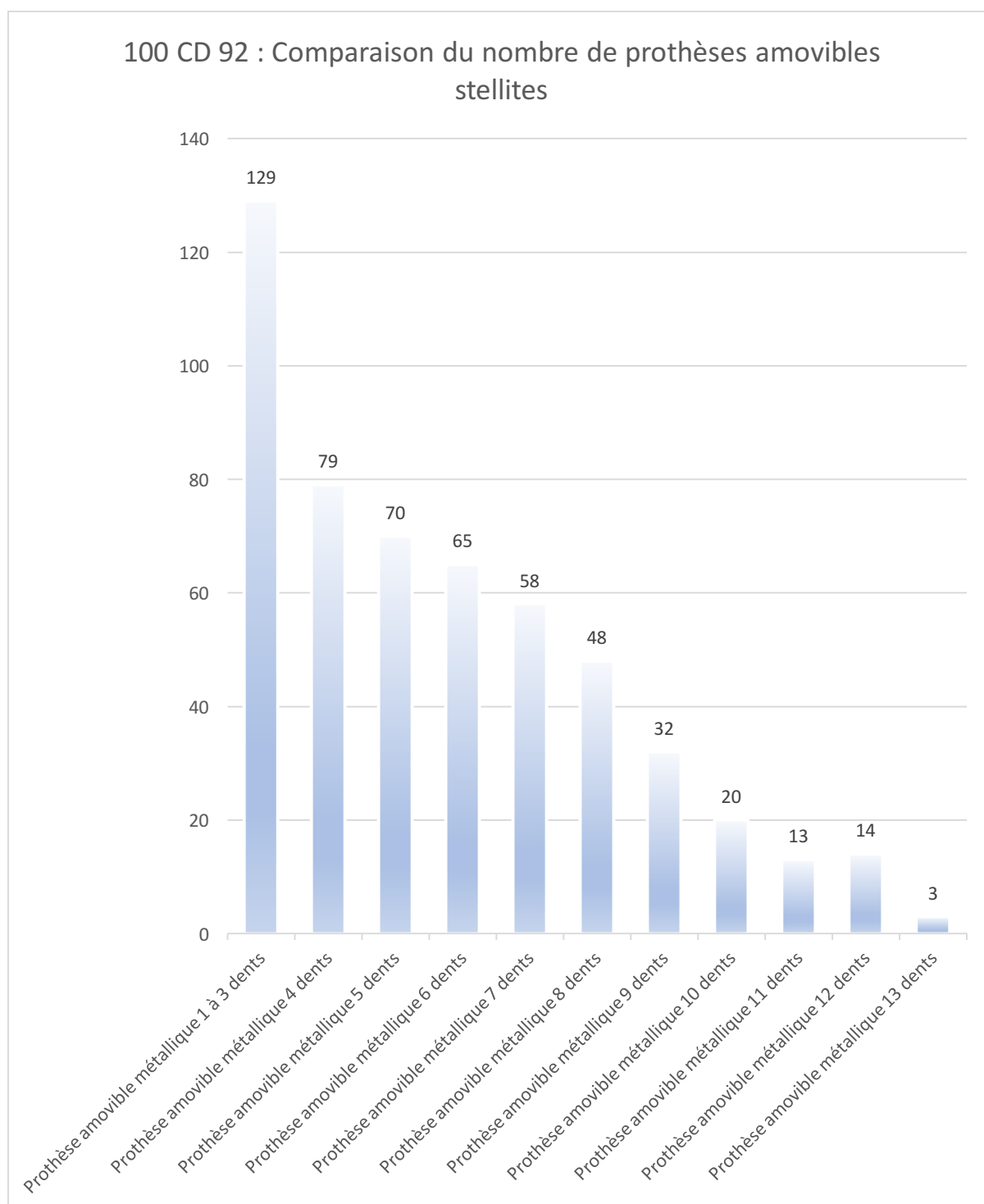


Figure 30 : Comparaison du nombre de prothèses amovibles stellites réalisées par les 100 CD 92.

La figure 30 montre que le nombre de prothèses amovibles stellites réalisées par les chirurgiens-dentistes des Hauts-de-Seine diffère suivant le nombre de dents concernées par la prothèse. Ainsi, il apparaît que les prothèses sur 1 à 3 dents sont majoritaires, avec 129 actes réalisés par les 100 CD 92. La différence avec le nombre de prothèses réalisées sur 4 dents est importante : seuls 79 actes ont été effectués. Plus il y a de dents, plus le nombre de prothèses réalisées diminue. A partir de 10 dents, le nombre de prothèses réalisées est relativement stable, et les différences sont marginales. Les prothèses amovibles stellites sur 14 dents sont les moins réalisées, avec 3 actes recensés.

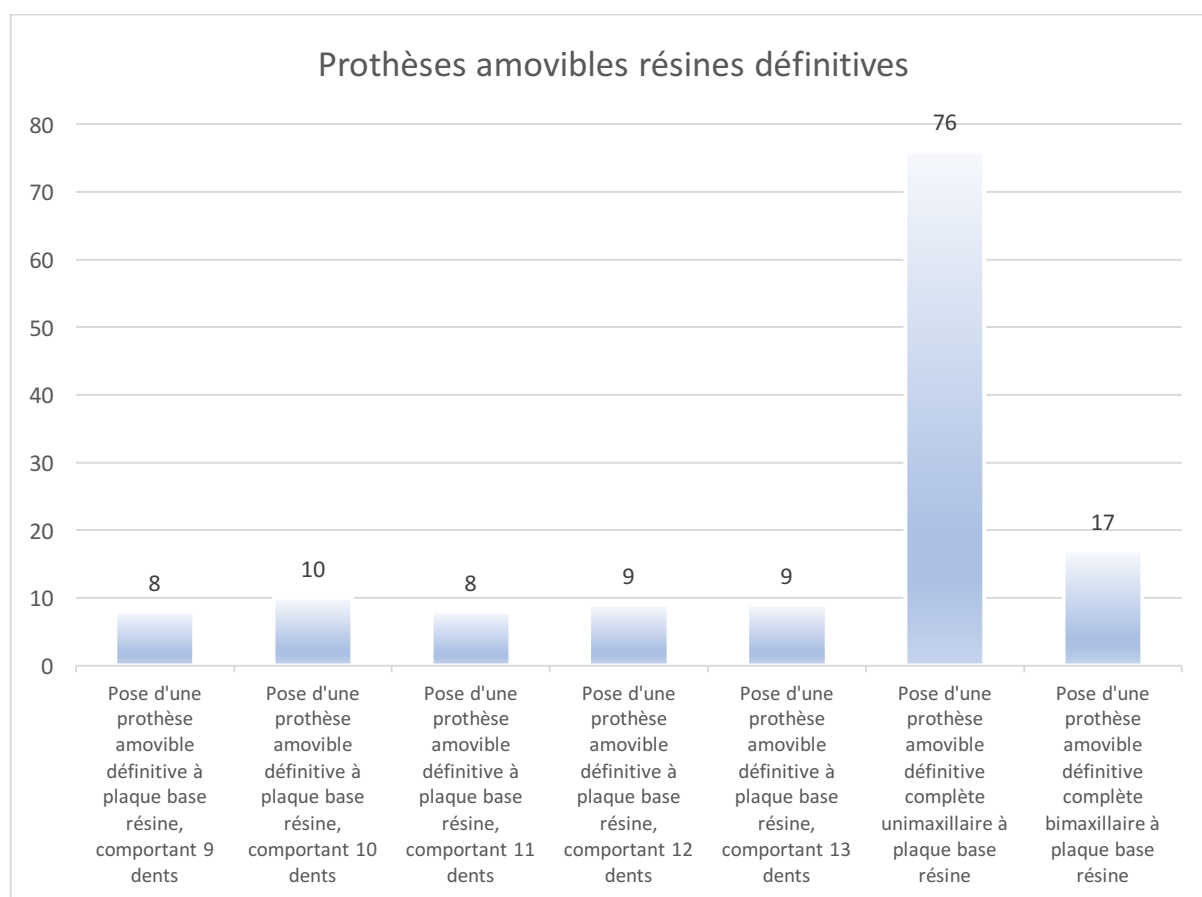


Figure 31 : Comparaison du nombre de prothèses amovibles résines définitives réalisées par les 100 CD 92.

Dans les Hauts-de-Seine, il apparaît que la majorité des prothèses amovibles en résine sont des prothèses amovibles définitives complètes unimaxillaire : 76 actes ont été recensés dans le département. De plus, il apparaît que le nombre des prothèses amovibles définitives, comportant de 9 à 13 dents, sont réparties de manière à peu près égale.

3.3.6.2 Neuilly-sur-Seine et Clichy la Garenne

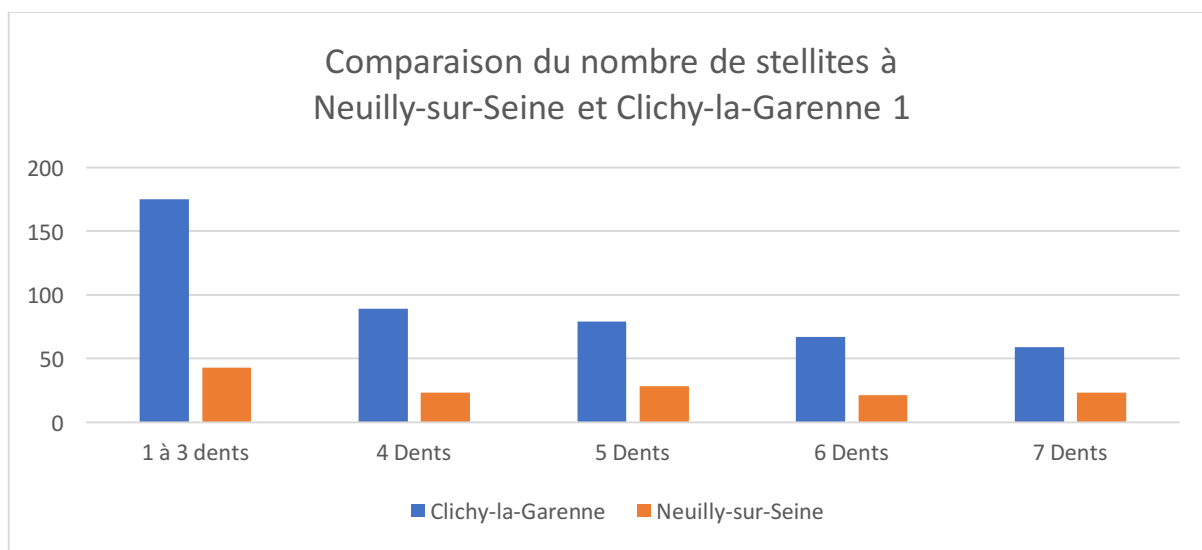


Figure 32 : Comparaison du nombre de stellites réalisés à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.

La figure 32 montre que les chirurgiens-dentistes de Clichy-la-Garenne réalisent plus de stellites que leurs homologues de Neuilly-sur-Seine, et ce, quel que soit le nombre de dents concernées. De plus, il apparaît que les stellites sur 1 à 3 dents sont les actes les plus réalisés par les 100 CG et les 100 NS, comparativement aux stellites à 4 dents et plus.

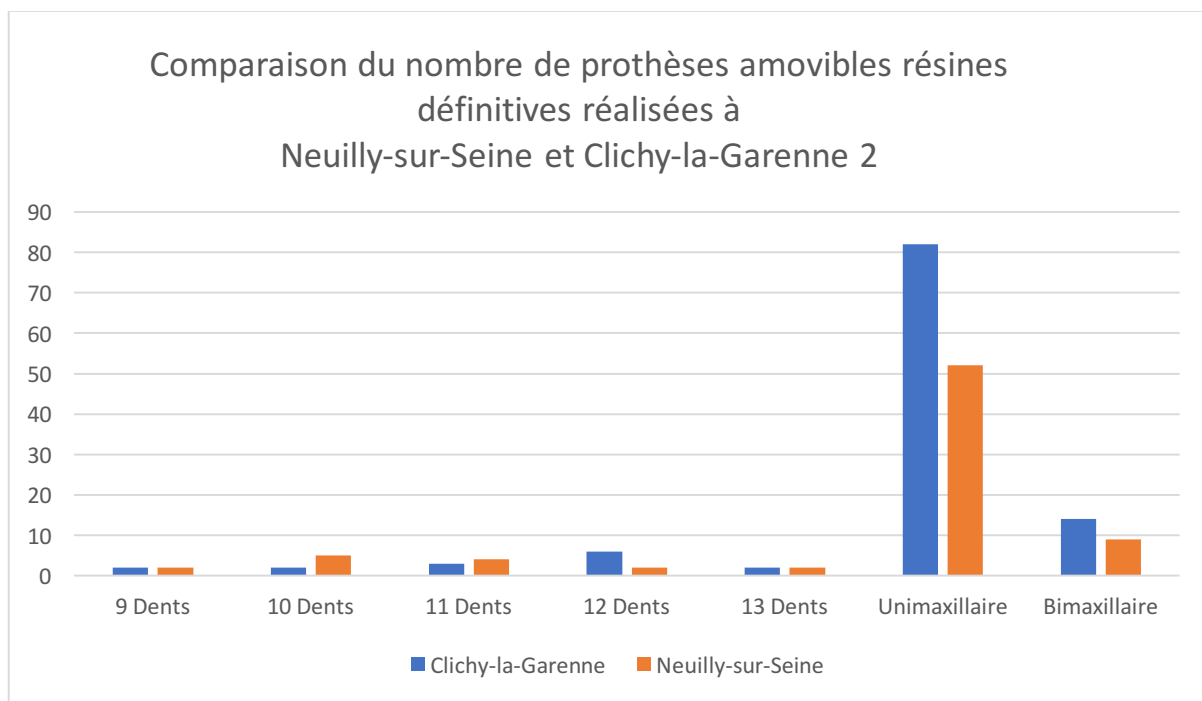


Figure 33 : Comparaison du nombre de prothèses amovibles résines définitives réalisées à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.

3.3.7 Les soins chirurgicaux au sein des Hauts-de-Seine, de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine

3.3.7.1 Hauts-de-Seine

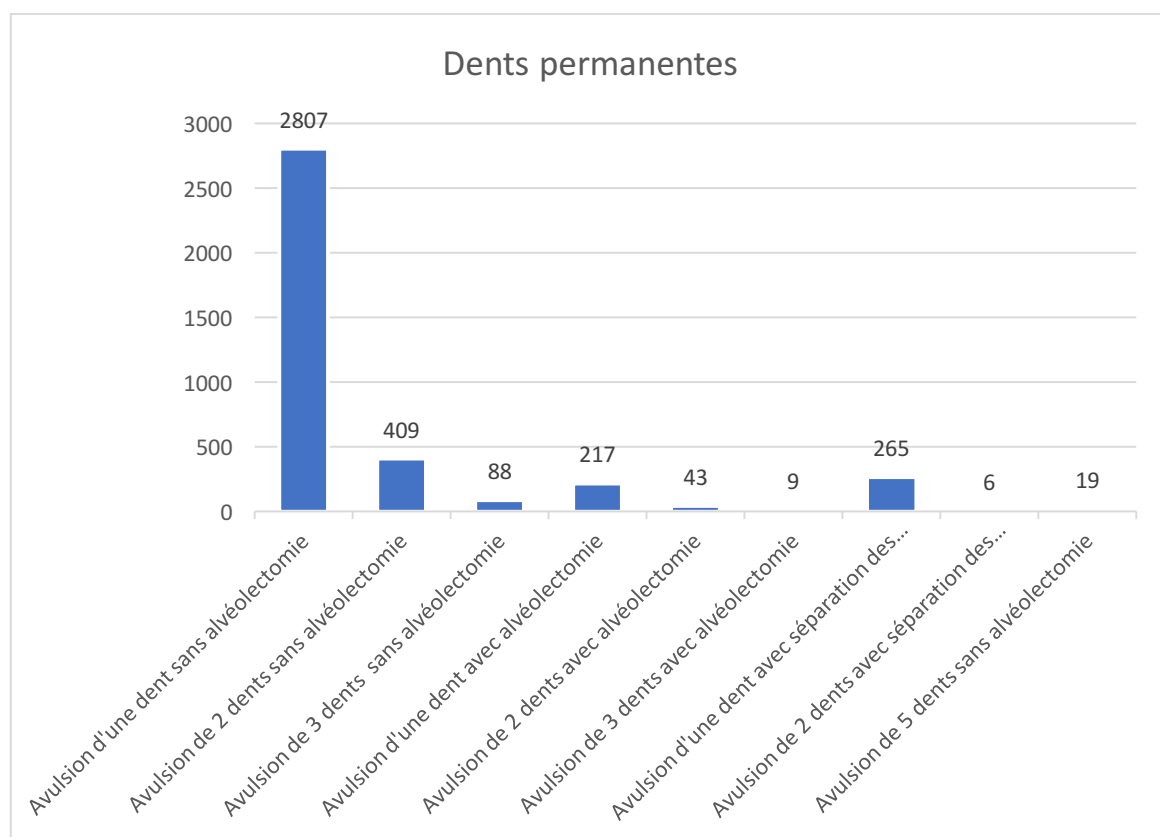


Figure 34 : Comparaison du nombre d'avulsions sur dents permanentes réalisées par les 100 CD 92.

Dans les Hauts-de-Seine, il apparaît que les avulsions sur dents permanentes sont en majorité réalisées sur une dent sans alvéolectomie : 2807 actes ont été recensés. Les autres avulsions sont plus marginales. Les 100 CD 92 ont réalisés 409 avulsions de 2 dents sans alvéolectomie, 265 avulsions d'une dent avec séparation des racines, ou encore 217 avulsions d'une dent avec alvéolectomie.

3.3.7.2 Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne

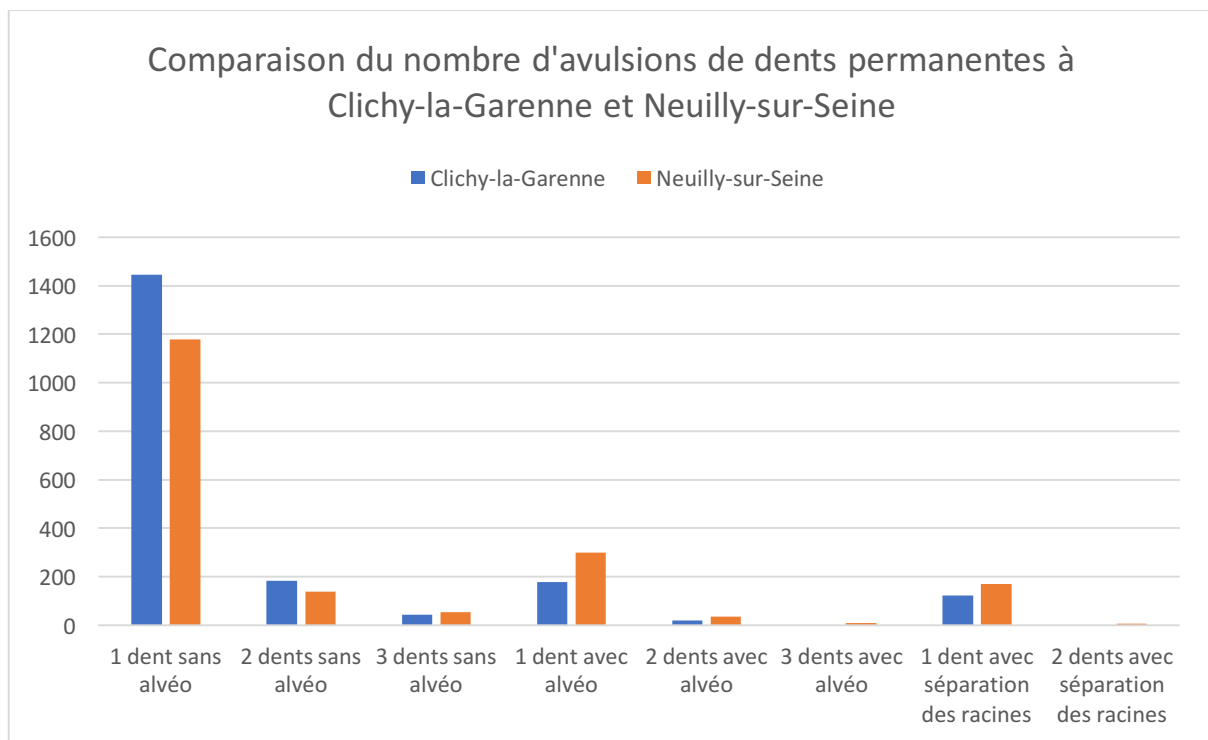


Figure 35 : Comparaison du nombre d'avulsions sur dents permanentes à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.

La figure 35 permet de constater que les avulsions sur dents permanentes les plus réalisées par les chirurgiens-dentistes de Neuilly-sur-Seine et de Clichy-la-Garenne sont les avulsions sur une dent sans alvéolectomie. De plus, il apparaît que les 100 CG ont effectué 1445 actes, alors que les 100 NS en ont réalisé 1178. Il est également possible de constater que les autres avulsions sont peu réalisées par les 100 CG et les 100 NS.

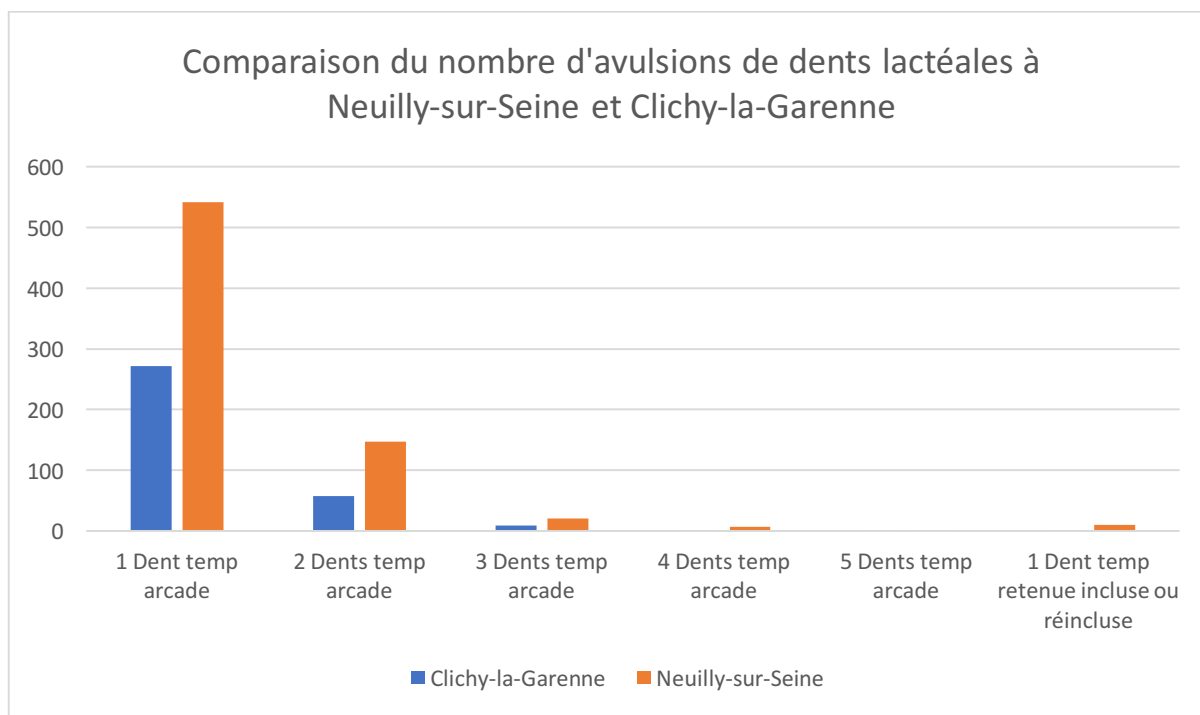


Figure 36 : Comparaison du nombre d'avulsions sur dents lactéales à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.

La figure 36 permet de constater que les avulsions sur dents lactéales les plus réalisées par les chirurgiens-dentistes de Clichy-la-Garenne et de Neuilly-sur-Seine sont les avulsions sur 1 dent temporaire. Viennent ensuite les avulsions sur 2 dents temporaires. Les autres avulsions sont très peu réalisées par les chirurgiens-dentistes.

De plus, il apparaît que les 100 NS sont ceux qui pratiquent le plus les avulsions sur dents lactéales : 542 actes sur une dent temporaire et 147 sur 2 dents temporaires ont été recensés. Les 100 CG en pratiquent beaucoup moins, avec respectivement 272 et 58 actes réalisés.

3.3.8 Analyse statistique

3.3.8.1 Soins conservateurs réalisés en fonction de l'âge et du sexe

Nombre de Code CCAM													
	PM/M 3F		Total	PM/M 2F		Total	IC/C 2F		Total	HBMD053		Total	Total général
	F	H		F	H		F	H		F	H		
[0 - 10 ans]	784	800	1584	664	727	1391	54	69	123	431	455	886	3984
[10 - 19 ans]	212	238	450	326	335	661	38	28	66	430	390	820	1997
[20 - 29 ans]	430	310	740	490	334	824	58	45	103	317	225	542	2209
[30 - 39 ans]	819	695	1514	766	663	1429	93	89	182	439	329	768	3893
[40 - 49 ans]	844	739	1583	635	467	1102	131	99	230	345	233	578	3493
[50 - 59 ans]	635	519	1154	511	444	955	158	86	244	253	172	425	2778
[60 - 69 ans]	448	351	799	303	236	539	157	99	256	152	120	272	1866
[70 - 79 ans]	212	179	391	144	135	279	89	71	160	84	50	134	964
[80 - 89 ans]	139	87	226	110	52	162	90	29	119	71	27	98	605
[90 - 99 ans]	23	8	31	16	11	27	19	8	27	6	5	11	96
ND	26	17	43	21	20	41	4	2	6	9	11	20	110
Total général	4572	3943	8515	3986	3424	7410	891	625	1516	2537	2017	4554	21995

PM/M 3F= HBMD038 restauration prémolomolaire 3 faces sans ancrage radiculaire

PM/M 2F= HBMD049 restauration prémolomolaire 2 faces sans ancrage radiculaire

IC/C 2F = HBMD050 restauration incisivocanine 2 faces sans ancrage radiculaire

PM/M 1F= HBMD053 restauration prémolomolaire 1 face sans ancrage radiculaire

Figure 37 : Tableau dynamique à double entrée introduisant les tranches d'âges, le sexe, et les quatre soins conservateurs les plus importants.

L'étude statistique porte ici sur l'ensemble des Hauts-de-Seine. Nous avons retenu parmi les soins conservateurs les 4 codes CCAM les plus utilisés. A partir de ces 4 actes les plus utilisés, nous les avons mis en corrélation avec les tranches d'âges des patients, ainsi que leur sexe.

Il ressort du tableau dynamique que, pour tous actes de restaurations liés à une lésion carieuse, les femmes sont plus touchées, et cela à tous les âges de la vie.

La problématique est de savoir s'il existe une différence significative entre la prévalence des soins conservateurs chez les hommes et les femmes. On fait l'hypothèse qu'il y a une relation d'indépendance entre les lignes et les colonnes du tableau.

- On pose $A1$ = la somme totale des actes reçus par les hommes (HBMD038+HBMD049) ;
- On pose $A2$ = le nombre moyen par nature d'acte chez les hommes ;
- On pose $B1$ = la somme totale des actes reçus par les femmes ;
- On pose $B2$ = le nombre moyen par nature d'acte chez les femmes.

La formule de la valeur Khi-deux est la suivante : $(A1-A2)^2/A2 + (B1-B2)^2/B2$.

Le degré de liberté = $n-1$; n étant le nombre de catégories à comparer. Dans ce cas, le degré de liberté est égal à 1 car $n = 2$.

D'après le tableau de la loi de Khi-deux (Annexe 3), la probabilité p est inférieure à 0,001.

DDL	Soins H	Soins F	Moy H/acte	Moy F/acte	Khi deux	P	DS
1	10009	11986	2502	2996	49500	<0,001	***

Figure 38 : Tableau de différence significative comparant les soins conservateurs reçus par les hommes et les femmes.

Le nombre d'actes calculés par rapport à cette extrapolation montre qu'il existe une différence significative ($\text{Khi}^2 = 11.67$, $\text{ddl} = 2$, soit $p = 0.02^*$).

La probabilité p étant inférieure à 0,001, il est possible de dire qu'il y a plus de 99,9 % de chance qu'il y ait une différence significative entre les deux groupes. Les femmes sont significativement plus touchées par les lésions carieuses que les hommes.

3.3.8.2 Moyenne d'âge du comblement de sillons ainsi que sa proportion chez les filles et les garçons

Nombre de Code CCAM													
	HBBD004		Total	HBBD005		Total	HBBD006		Total	HBBD007		Total	Total général
	F	H		F	H		F	H		F	H		
[5 - 9 ans]	213	196	409	177	186	363	215	167	382	49	46	95	1249
[10 - 14 ans]	51	40	91	51	46	97	37	44	81	11	14	25	294
ND	3	1	4	1	1	2	4	1	5	1		1	12
Total général	267	237	504	229	233	462	256	212	468	61	60	121	1555

HBBD004 : Comblement prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent

HBBD005 : Comblement prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents

HBBD006 : Comblement prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents

HBBD007 : Comblement prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents

Figure 39 : Tableau du nombre de comblement de sillons en fonction de la tranche d'âge.

Ce tableau présente les quatre codes de comblement de sillons les plus utilisés en fonction de l'âge des enfants. Il apparaît que les filles sont plus sujettes aux scellements de sillons pour HBBD004, HBBD006 et HBBD007. Cependant, est-ce que la différence est significative ?

- On pose $A1$ = somme des soins pour une tranche d'âge chez les garçons ;
- On pose $A2$ = la moyenne des soins par acte pour une tranche d'âge chez les garçons ;
- On pose $B1$ = la somme des soins pour une tranche d'âge chez les filles ;
- On pose $B2$ = la moyenne des soins par acte pour une tranche d'âge chez les filles.

La formule de la valeur Khi-deux est la suivante : $(A1-A2)^2/A2 + (B1-B2)^2/B2$.

Le degré de liberté est $n-1$; n étant le nombre de catégorie à comparer. Dans ce cas, le degré de liberté est égal à 1 car $n = 2$.

La valeur du Khi-deux est de 2810,25 pour la tranche d'âge 5-9 ans et de 661,5 pour la tranche 10-14 ans.

D'après le tableau de la loi de Khi-deux (Annexe 3), la probabilité p est inférieure à 0,001. La différence est donc très significative : les filles sont donc, très significativement, plus concernées par les complements de sillons que les garçons.

	DDL	Soins H	Soins F	Moy H/acte	Moy F/acte	Khi deux	P	DS
[5 - 9 ans]	1	595	654	148,75	163,5	2810,25	<0,001	***
[10 - 14 ans]	1	144	150	36	37,5	661,5	<0,001	***

Figure 40 : Tableau de la différence significative du nombre de comblement de sillons entre les garçons et les filles pour chaque tranche d'âge.

3.3.8.3 Soins conservateurs les plus réalisés chez les enfants ; répartition des enfants les plus touchés en fonction de leur âge et de leur sexe

Tranche d'âge	[0 - 4 ans]		Total	[5 - 9 ans]		Total	[10 - 14 ans]		Total	Total général
Code acte	F	H		F	H		F	H		
HBMD058	20	27	47	35	32	67	18	35	53	167
HBMD050	19	20	39	35	49	84	25	13	38	161
HBMD054	29	28	57	36	47	83	19	16	35	175
HBMD044	12	9	21	40	51	91	29	36	65	177
HBMD047	5	7	12	14	30	44	17	18	35	91
HBMD053	94	86	180	337	369	706	274	247	521	1407
HBMD049	85	74	159	579	653	1232	190	206	396	1787
HBMD038	121	110	231	663	690	1353	124	155	279	1863
Total général	385	361	746	1739	1921	3660	696	726	1422	5828

Figure 41 : Tableau à double entrées rapportant le nombre de soins conservateurs en fonction de l'âge et du sexe.

Ce tableau présente l'ensemble des codes CCAM correspondant aux soins conservateurs, et divisés en deux groupes : les restaurations des dents antérieures et les restaurations de dents postérieures.

Il apparaît que la tranche d'âge la plus cariogène est comprise entre 5 et 9 ans. Cependant, existe-t-il une différence significative en fonction de l'âge ?

On fait l'hypothèse qu'il y a une relation d'indépendance entre les lignes et les colonnes du tableau. Ici le degré de liberté est de 2, n étant le nombre de tranches d'âge à comparer.

D'après le test de Karl Pearson, le Khi-deux est égal à 35 696.

En se référant à la table de la loi de Khi-deux (Annexe 3), la probabilité p que la différence soit due au hasard est inférieure à 0,001. La différence est donc très significative en fonction de l'âge.

DDL	Soins [0 - 4 ans]	Soins [5 - 9 ans]	Soins [10 - 14 ans]	Khi deux	P	DS
2	746	3660	1422	35696	<0,001	***

Figure 42 : Tableau de la différence significative du nombre de soins conservateurs entre les tranches d'âge chez l'enfant.

3.3.8.4 Prévention : utilisation des EBD dans les trois périmètres d'étude

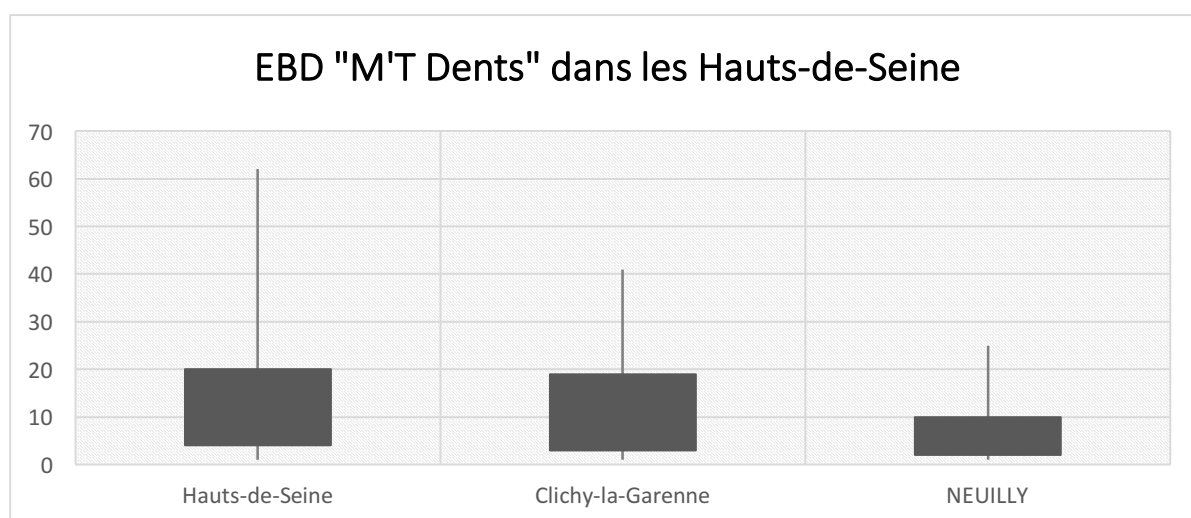


Figure 43 : Boîte à moustache comparant l'utilisation de l'EBD « M'T Dents » dans les Hauts-de-Seine.

Cette boîte à moustache compare trois populations distinctes : les Hauts-de-Seine, Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine. L'acte ici ciblé est l'examen buccodentaire EBD « M'T Dents », anciennement appelé BBD. Le programme « M'T Dents » est entré en vigueur en janvier 2007. Il s'agit d'un examen de prévention proposé tous les 3 ans aux enfants de 6 à 18 ans, qui leur permet bénéficier d'un examen de prévention gratuit [HAS 2010].

Pour les 100 CD 92, le premier quartile se situe à 4 EBD. 25 % des praticiens ont donc réalisé moins de 4 EBD en 2015. Le troisième quartile se situe à 20 EBD, ce qui signifie que 25 % des praticiens ont réalisé 20 EBD et plus. Le nombre maximal est de 63 EBD réalisés, et le minimal est d'un EBD réalisé.

Pour les CD CG, le premier quartile est à 3 EBD, donc 25 % des praticiens ont réalisé moins de 3 EBD. Le troisième quartile est à 19 EBD, ce qui implique que 25 % des praticiens ont réalisé plus de 19 EBD durant l'année. Le nombre maximal est de 41 EBD réalisés, et le minimal est de 2 EBD réalisés.

Pour les CD NS, le premier quartile se situe à 2 EBD, ce qui signifie que 25 % des praticiens ont réalisé moins de 2 EBD en 2015. Le troisième quartile se situe à 10 EBD, donc 25 % des praticiens ont reçu plus de 10 EBD. Le nombre maximal est de 25 EBD réalisés, et le minimal est d'un EBD réalisé.

Y a-t-il une différence significative entre les 3^{èmes} quartiles de Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne ? Les 100 CD 92 étant la population de référence, les populations de Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne sont les groupes observés.

Clichy/Neuilly	Ddl	Khi deux	P	DS
3e Quartile	1	5,05	0,1<P<0,2	**
MAX	1	29	0,1<P<0,05	***

Figure 44 : Tableau de la différence significative comparant les quartiles et les maximums d'utilisation d'EBD entre Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.

3.3.8.5 Différence d'IN/ON entre Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne

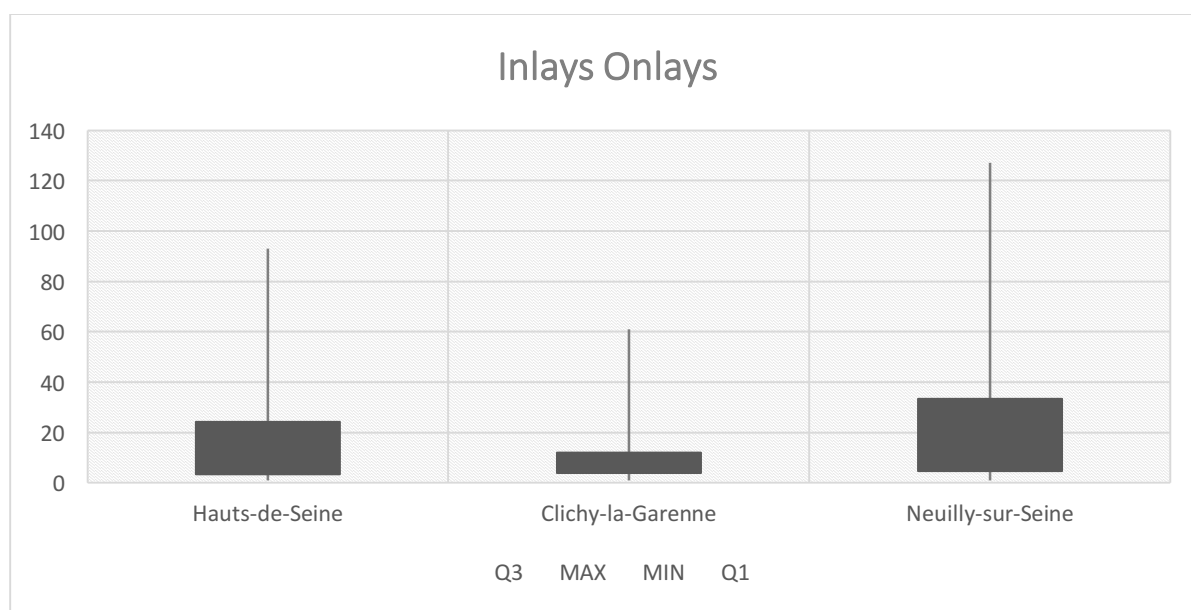


Figure 45 : Boîte à moustache comparant le nombre d'IN/ON dans les 3 périmètres d'étude.

Cette boîte à moustache compare trois populations distinctes : les Hauts-de-Seine, Clichy-la-Garenne, et Neuilly-sur-Seine. C'est l'acte HBMD055 qui est ici ciblé, correspondant à l'Inlay / Onlay trois faces du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015.

Pour les 100 CD 92, le premier quartile est à 1 inlay onlay, ce qui signifie que 25 % des praticiens des Hauts-de-Seine ne proposent pas à leurs patients de restauration conservatrice indirecte. Le troisième quartile est à 22 inlays onlays, donc 25 % des CD 92 réalisent plus de 22 inlays onlay par an. Le nombre minimal d'inlays onlays réalisés est de 0 et le nombre maximal est de 91.

Pour les CD CG, le premier quartile est identique à l'échantillon 100 CD 92, soit 25 % des praticiens qui ne réalisent pas d'inlay onlay. Le troisième quartile est de 11, ce qui implique que 25 % des CD CG réalisent plus de 11 IN/ON par an. Ce qui est remarquable car **le 3^{ème} quartile des CD CG réalise deux fois moins IN/ON que leurs confrères du 100 CD 92**. Le nombre minimal d'inlays onlays réalisés est de 0 et le nombre maximal est de 61.

Pour les CD NS, le premier quartile est de 5, tandis que le troisième quartile est de 35. A Neuilly-sur-Seine, les 25 % des praticiens qui réalisent le plus d'IN/ON en font 13 de plus que leurs homologues du département. La différence est encore plus importante avec leurs confrères

de Clichy-la-Garenne. En effet, le troisième quartile des CD NS est trois fois supérieur à celui des CD CG.

En appliquant la loi de Khi-deux le nombre d'inlays onlays calculés en comparant les 3^{ème} quartiles d'une part et les maximums d'autre part montre qu'il existe une différence très significative :

(Khi2 = 9,71, ddl=A, soit p=0.02*) et (khi2 = 23,44, ddl = 1 soit p = 0,05)

HBMD055	Ddl	Khi deux	P	DS
3e Quartile	1	9,7	0,05	***
MAX	1	23,4	0,02	***

Figure 46 : Tableau de différences significatives comparant les 3^{èmes} quartiles et les maximums d'inlays onlays par les chirurgiens-dentistes de Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine

3.3.8.6 Code particulier de la première prémolaire maxillaire

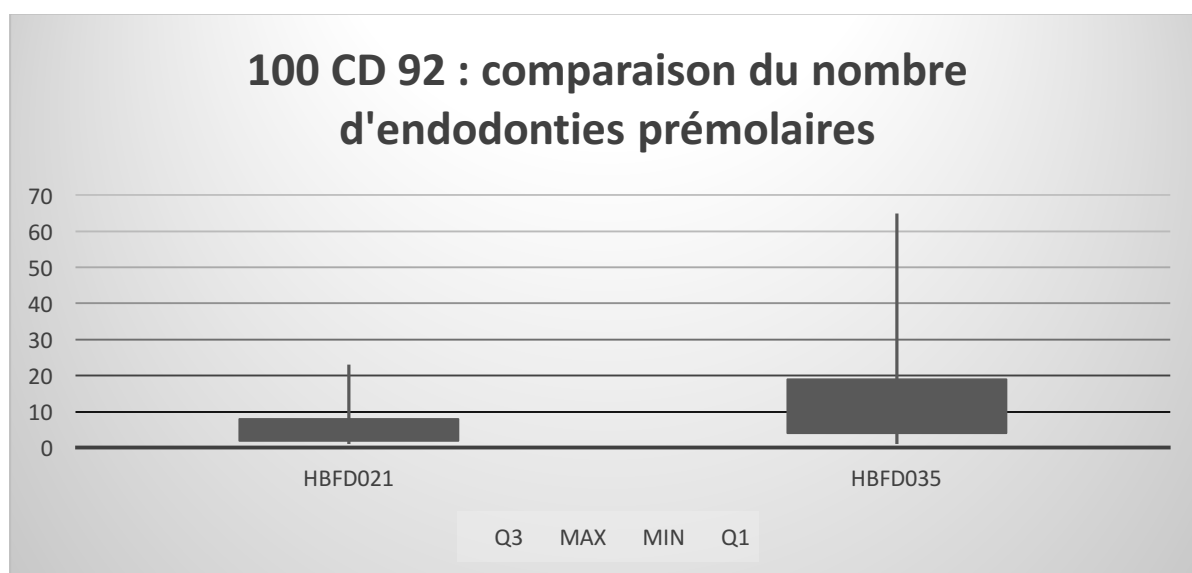


Figure 47 : Boite à moustache comparant HBFD021(traitement endodontique de la première prémolaire maxillaire) et HBFD035 (traitement endodontique d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire)

Cette boîte à moustache porte sur l'échantillon des 100 CD 92 et cible les actes HBFD021 (exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire) et HBFD035 (exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire).

Il apparaît pour HBFD021 que le 1^{er} quartile est de 2, ce qui signifie que 25 % des 100 CD 92 ont réalisé entre zéro et deux traitements endodontiques de première prémolaire maxillaire vivante. Le 3^{ème} quartile est de 8 pour HBFD021, donc les 25 % des 100 CD 92 qui ont réalisé le plus cet acte l'ont réalisé plus de 8 fois en 2015. Le maximum est de 23 et le minimum de 1.

Pour HBFD035, le 1^{er} quartile est à 4, ce qui signifie que 25 % des dentistes qui ont réalisé le moins de fois cet acte l'ont réalisé moins de 4 fois. Le 3^{ème} quartile est de 19, donc 25 % des 100 CD 92 qui ont réalisé le plus de traitements endodontiques sur une autre prémolaire vivante que la première prémolaire maxillaire l'ont fait plus de 19 fois. Le minimum est à 1 et le maximum à 65.

Nombre de Code acte			
	HBFD021	HBFD035	Total
92	385	1037	1422
Clichy	252	611	863
Neuilly	149	397	546
Total	786	2045	2831

HBFD021 = Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire

HBFD035 = Exérèse de la pulpe vivante d'une autre prémolaire

Figure 48 : Tableau du nombre d'endodontie prémolaire à Clichy, Neuilly et Hauts de Seine.

Soit HBFD035 représentant trois dents. On suppose que la moyenne pour une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire est de $HBFD035/3 = x$.

En appliquant le model du Test T de Student on obtient $p=0,066$ donc la probabilité $p<0,5$.

Il existe une différence très significative entre la réalisation de traitements endodontiques de la première prémolaire et la valeur expérimentale x .

Test T de Student	HBFD021	HBFD035	P=0,066 P<0,5 DS : ***
92	385	345,6	
Clichy	252	203,6	
Neuilly	149	132,3	

HBFD021 = Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire

HBFD035 = Exérèse de la pulpe vivante d'une autre prémolaire

Figure 49 : Tableau de différences significatives comparant les traitements endodontiques de la première prémolaire maxillaire et des autres prémolaires.

Chapitre 4 : Discussion

4.1. Soins conservateurs réalisés en fonction de l'âge et du sexe

Selon l'analyse statistique précédente, les femmes sont significativement plus touchées par les lésions carieuses que les hommes.

La littérature de la maladie carieuse constate une prévalence plus élevée chez la femme que l'homme [Nguyen T. et al. 2010], [Roberts C. et al. 2010], [Ferraro M. et al. 2010], [Lupi-Begurier et al. 2009], [Madlena M. et al. 2008], [Lukacs et al. 2006], [Eliasson L et al. 2006]. Différentes explications ont été apportées. Ferraro et Viera estiment que les événements physiologiques répétés, comme la puberté, la menstruation ou encore la grossesse, vont être en partie responsables de cette différence récurrente chez les femmes.

Une autre hypothèse évoque les variations de flux et de composition salivaire. Plusieurs études ont montré que les femmes ont un flux salivaire parotidien moyen significativement inférieur à celui des hommes, qu'il soit stimulé ou non [Dodds M. et al. 2005].

La littérature rapporte aussi les effets des hormones de substitution et de la pilule sur la composition du flux salivaire [Sewon L. et al. 2000].

La grossesse est aussi, d'un point de vue hormonal et comportemental, une période à risque carieux plus élevé.

Autre argument moins scientifique, les chirurgiens-dentistes estiment que les femmes ont tendance à se rendre plus spontanément en consultation. De manière mécanique, il est donc normal que le nombre de lésions carieuses soignées augmente.

Statistiquement, l'échantillon des Hauts-de-Seine démontre que 54,9 % des actes (toutes catégories confondues) ont été réalisés sur des femmes et 45,1 % sur des hommes, ce qui corrobore l'hypothèse précédente.

Zone	F	H	Total général
92	86635 (54,9%)	70997 (45,1%)	157632
Clichy	32249 (55,02%)	26357 (44,9%)	58606
Neuilly	50629 (57,7%)	37103 (42,3%)	87732
Total général	169513 (55,7%)	134457 (44,3%)	303970

Figure 50 : Tableau du nombre total d'actes reçus par les femmes et les hommes selon le périmètre d'étude.

Cependant, d'après l'INSEE, la part de femmes dans la population du département des Hauts-de-Seine est de 52,11 et celle des hommes de 47,89 %. La population globale des femmes étant plus importante, il est alors normal qu'elle soit plus représentée en termes de restaurations carieuses télétransmises.

Il apparaît aussi que la carie la plus fréquente touche le secteur prémolomolaire et intéresse 3 faces de la dent.

D'autre part, un pic cariogène est observé entre 30 et 44 ans. Ainsi, cette tranche d'âge cumule près de 2100 restaurations directes. Or, aucune politique de prévention n'existe pour cette tranche de la population. Selon le ministère de la Santé, les campagnes de santé publique concernant la santé buccodentaire des Français se concentrent sur d'autres populations : petite enfance, enfance, adolescence, comme avec l'opération « M'T Dents » ou les campagnes dans les écoles... Elles concernent également les femmes enceintes, les personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie, les personnes handicapées (mentales ou psychomotrices), les personnes en situation de précarité...

Ainsi, l'UFSBD propose un parcours de santé bucco-dentaire dès l'âge adulte, pour une prévention à long terme. Ce parcours concernerait les patients âgés de 35 à 55 ans, et comprendrait des examens bucco-dentaires réguliers, pris en charge par l'Assurance maladie [UFSBD 2014].

Les données statistiques soutiennent une telle proposition, qui serait positive pour la santé buccodentaire des Français, et économiquement viable pour l'Assurance maladie.

4.2. Moyenne d'âge du comblement de sillons ainsi que sa proportion chez les filles et les garçons

La moyenne d'âge du comblement de sillons est entre 5 et 9 ans. Ainsi, la majorité des scellements de sillons sont fait dans les 3 ans qui suivent l'éruption des premières molaires.

Or, le premier examen buccodentaire gratuit « M'T Dents » est organisé à l'âge de 6 ans. Cette action de santé publique permet aux chirurgiens-dentistes de réaliser ces soins préventifs. L'étude de la DREES de juillet 2013 a démontré que « M'T Dents », ainsi que les efforts entrepris dans les écoles primaires auprès des enfants jusqu'à 12 ans, ont porté leurs fruits [DREES 2013]. **L'indice CAO des enfants de 12 ans est de 1,2 en 2006, alors qu'il était de 4,2 en 1987, soit une division par trois.**

Une enquête de la Direction générale de santé (DGS) montre que le recours aux soins chez les enfants de 6 à 12 ans sont insuffisant.

Le tableau indique que les chirurgiens-dentistes pratiquent plus le comblement de sillons de quatre dents à la fois la même séance.

D'autre part, il y a environ 309 000 enfants de moins de 14 ans dans les Hauts-de-Seine [INSEE. 2014b]. Or, proportionnellement, notre échantillon de 100 dentistes représente environ 7,8 % des praticiens du département. Ce rapport démontre qu'environ 20 000 comblements de sillons ont approximativement été réalisés sur une population supérieure à 300 000 personnes. L'efficacité de cette action de santé publique pourrait être améliorée en offrant, par exemple, la gratuité de tous les scellements de sillons aux enfants de moins de 12 ans.

Une étude de la Cnamts montre que sur les 28 % des dépenses de soins conservateurs remboursés, plus d'un quart (26,9 %) est remboursé pour des patients âgés de moins de 20 ans. Aussi, pour les patients âgés de 5 à 19 ans, 31,1 % des dépenses de soins conservateurs remboursées concernaient les premières molaires permanentes.

Il apparaît que les scellements de sillons sont importants, alors que trop peu d'enfants en bénéficient. Ainsi, la gratuité et l'obligation de réaliser les scellements de sillons pour chaque

EBD reçu par le chirurgien-dentiste paraît être une mesure de prévention de choix, aux coûts et à l'efficacité incontestable.

4.3. Soins conservateurs les plus réalisés chez les enfants ; répartition des enfants les plus touchés en fonction de leur âge et de leur sexe

Selon l'analyse statistique, les enfants présentent une différence très significative en fonction de leur âge pour les restaurations de lésions carieuses.

D'autre part, les filles sont plus touchées par les caries entre 0 et 4 ans, mais ensuite ce sont les garçons de 5 à 9 ans qui sont les plus concernés. Enfin, dans la tranche 10-14 ans, ce sont les filles les plus atteintes par les lésions carieuses.

Concernant l'influence du sexe de l'enfant, les études s'accordent sur une absence de différence significative [Leppaniemi et al. 2001], [Calderara et al, 2005].

Il apparaît de manière significative que la lésion carieuse la plus fréquente chez les enfants est la carie prémolomolaire de 3 faces (HBMD038). Il y a 4 fois plus de restaurations prémolomolaires 3 faces que de restaurations incisivocanines 3 faces entre 0 et 4 ans ; ce rapport augmente à 16,3 entre 5 et 9 ans et diminue à 8 entre 10 et 14 ans. **Le risque cariogène dans le secteur prémolomolaire est donc le plus critique sur la tranche d'âge 5 à 9 ans.**

Cependant, cela n'est pas vrai pour tous les âges. En effet, pour les enfants de 10 à 14 ans, la carie postérieure une face (HBMD053) est la carie majoritaire.

Ceci s'explique par la chronologie de poussée dentaire décrit par *l'Atlas of Tooth Development and Eruption* [AlQahtani S.J. et al. 2010]. En effet, la tranche d'âge 10-14 ans se caractérise par la présence des premières et deuxième molaires adultes, ainsi que la chute des molaires et prémolaires lactéales. Or, les dents lactéales ont la caractéristique d'avoir une structure de l'émail et une dentine plus poreuse et moins solide que celle des dents définitives. Il en découle que les caries sur dents lactéales soient plus vastes que les lésions carieuses sur les dents permanentes de ces enfants.

4.4. Prévention : utilisation des EBD dans nos trois périmètres d'étude

Le nombre d'EBD calculés par rapport à cette nouvelle extrapolation montre qu'il existe une différence significative (Khi-deux = 5,05, ddl = 1, soit $0,1 < p < 0,2$). **Il existe une différence significative entre les quantités d'EBD réalisés par les 3^{èmes} quartiles à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.**

Aussi, il existe une différence très significative entre les maximums d'EBD réalisés à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne. Le nombre d'EBD calculés par rapport à cette nouvelle extrapolation montre qu'il existe une différence significative (Khi-deux = 29, ddl = 1, soit $0,1 < p < 0,05$).

L'EBD étant par définition une consultation gratuite, il apparaît que les ménages de Neuilly-sur-Seine, qui ont en moyenne un revenu fiscal médian deux fois supérieur à ceux de Clichy-la-Garenne, ont moins recours à l'EBD car le besoin y ait moindre.

La distribution est très similaire entre les 100 CD 92 et les CD CG. Les 100 CD 92 étant la population de référence, les habitants de Neuilly-sur-Seine profitent moins du bilan de prévention que le reste du département, et en particulier que Clichy-la-Garenne.

La Direction régionale du service médical réalisa en 2009 une évaluation du programme « M'T dents » [HAS 2010]. Les résultats nous informent sur la participation des enfants au programme :

- 37,7 % chez les enfants âgés de 6 ans ;
- 30,9 % chez les enfants âgés de 9 ans ;
- 30,0 % chez les enfants âgés de 12 ans ;
- 23,5 % chez les enfants âgés de 15 ans ;
- 22,6 % chez les enfants âgés de 18 ans.

La moyenne de participation, tout âge confondu, est de 29 % en France.

Un taux de participation plus élevé à l'EBD profiterait à court, moyen et long terme à l'ensemble de la population française. Un effort de communication de cette action de santé publique permettrait d'augmenter l'efficacité de celle-ci.

Enfin, ceci soutient la réforme de prévention proposée au 4.2 selon laquelle il serait efficace de rendre l'EBD obligatoire, ainsi que les scellements de sillons gratuits et systématiques.

4.5. Différence d'IN/ON entre Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne

D'après le Dictionnaire francophone des termes d'odontologie conservatrice, un inlay est une pièce prothétique assemblée par collage ou scellement, destinée à restaurer une perte de substance dentaire ne nécessitant pas de recouvrement de cuspide. Un onlay restaure quant à lui une ou plusieurs cuspides [CNEOCE 2010].

Une étude basée sur plus de 5000 devis dentaires [Le Fur E. 2010] rapporte que le prix moyen d'un IN/ON est environ 400 € en France, avec de grandes disparités géographiques. Or, d'après l'INSEE, le revenu fiscal médian par ménage est de 57 830 € à Neuilly-sur-Seine, et de 27 265 € à Clichy-la-Garenne. Les ménages sont donc 2 fois plus aisés à Neuilly-sur-Seine. Cette différence de revenus peut expliquer le nombre plus important d'IN/ON réalisés à Neuilly-sur-Seine.

Aussi, il est intéressant de constater que la base de remboursement de l'inlay onlay 3 faces est de 40,97 € [UJCD 2014]. Or, le tarif moyen de l'IN/ON est 400 €. La base de remboursement est donc 10 fois inférieure au prix moyen de la restauration. Les complémentaires santé remboursent, en moyenne, 100 à 500 % de la base de remboursement. La question de la prise en charge de l'IN/ON se pose donc. **La différence entre Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne peut donc également s'expliquer par la faible prise en charge (AMO) de l'Assurance maladie.**

Les différents acteurs politiques, ainsi que les syndicats de chirurgiens-dentistes souhaitent une dentisterie plus conservatrice. Il serait judicieux de multiplier par trois ou quatre la base de remboursement des IN/ON, ce qui aurait un effet immédiat.

Enfin, une analyse de la direction des risques de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie montre qu'entre 6,5 % à 11,5 % des habitants de Clichy-la-Garenne sont bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle (CMU-C), alors qu'ils ne sont qu'entre 0 et 2 % à Neuilly-sur-Seine [Caisse primaire des Hauts de Seine. 2011]. Or, les IN/ON ne font pas partis du panier de soins CMU-C, qui sont les soins entièrement pris en charge et sans ticket modérateur.

De ce fait, une tranche d'habitants de Clichy-la-Garenne comprise entre 6,5 % et 11,5 % ne peut accéder aux IN/ON. **L'éligibilité des patients CMU-C, lié à un panier de soins trop restreint, peut également être la cause de cette différence entre Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.**

4.6. Code particulier de la première prémolaire maxillaire

La littérature montre que la majorité des premières prémolaires maxillaires sont biradiculées [Kim SY. et al. 2013], et possède deux canaux, tandis que la seconde prémolaire maxillaire est monoradiculée [Pécora JD. Et al. 1993], tout comme les prémolaires mandibulaires [Yang L. et al. 2014].

Or, l'anatomie dentaire est constituée de 4 prémolaires différentes. La logique sous entendrait quatre codes pour chacune des prémolaires ou un code unique regroupant les quatre prémolaires.

Statistiquement, la première prémolaire est significativement plus traitée que les autres prémolaires dans nos périmètres d'études, ceci expliquerait pourquoi elle bénéficie d'un code unique.

Selon plusieurs études, les prémolaires maxillaires possèdent deux racines dans 80,9 % des cas pour Atieh et 68,4 % pour Awawdeh [Atieh et al. 2008], [Awawdeh et al. 2008]. Selon Pecora 80,4 % des prémolaires maxillaire présentent deux canaux, et 89,8 % selon Atieh [Pecora et al. 1991].

La seconde prémolaire maxillaire présente en majorité qu'une seule racine, et selon les études, un ou deux canaux en proportion équivalente [Vertucci & al.1974].

Son originalité anatomique vis-à-vis des autres prémolaires renforcerait l'idée de la différencier des autres prémolaires au sein de la CCAM. Il est donc justifié d'un point de vue statistique et anatomique que la première prémolaire maxillaire bénéficie d'un code CCAM unique.

4.7. Traitements endodontiques réalisés par les chirurgiens-dentistes sur dents vivantes ou nécrosées

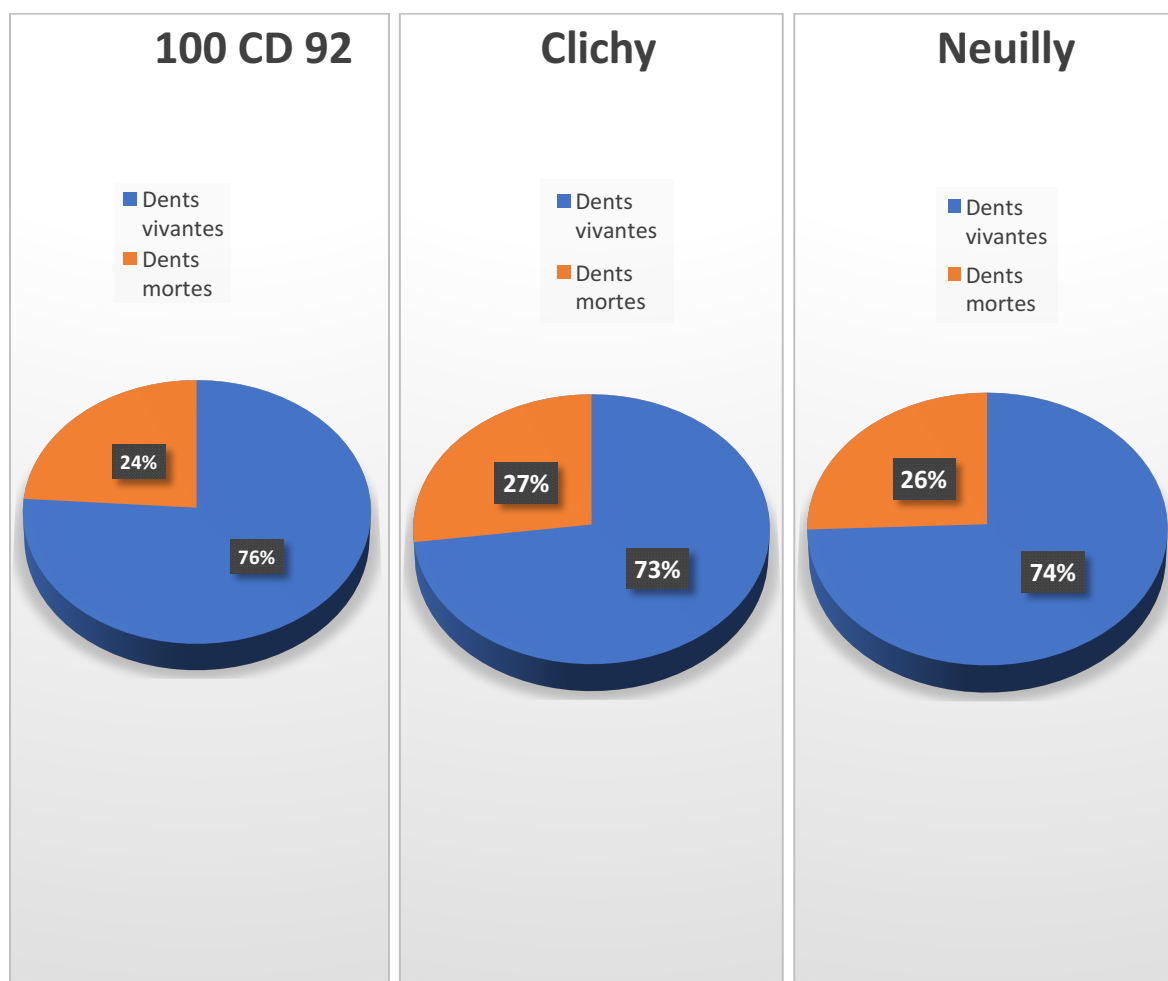


Figure 51 : Camemberts comparatifs des traitements endodontiques des dents vivantes et mortes à Neuilly, Clichy et les Hauts de Seines

La figure 51 est composée de trois camemberts décrivant le nombre et la proportion d'endodontie sur dents vivantes d'une part et sur dents mortes d'autre part.

En effet la CCAM a la particularité de distinguer pour les actes d'endodonties la symptomatologie de la dent.

Une dent vivante nécessitant un traitement endodontique est une dent en état de pulpite ou victime de trauma avec effraction pulpaire. Une dent non vivante nécessitant une dévitalisation est une dent nécrosée, en parodontite apicale aiguë ou abcédée [Perrin D. et al. 2005].

Les camemberts montrent que les traitements endodontiques sur dents vivantes représentent entre 73 et 76 % tandis que les dents non vivantes représentent 24 à 27 %.

Les pourcentages obtenus dans nos trois périmètres d'étude sont fortement semblables. Il est nécessaire de vérifier statistiquement si la différence entre les trois est significative.

$n = 2$, le degré de liberté $ddl = 1$

L'application de la loi de Khi-deux nous permet d'obtenir :

- Pour les dents vivantes, $\text{Khi-deux} = 0,17$, en se référant à la table de Khi-deux $p = 0,5$
- Pour les dents non vivantes, $\text{Khi-deux} = 0,9$ en se référant à la table de Khi-deux $p = 0,9$

	92	Clichy	Neuilly	Khi deux	P	DS
Dents vivantes	76	73	74	0,17	0,5	Aucune différence significative
Dents mortes	24	27	26	0,541666667	0,9	Aucune différence significative

Figure 52 : Tableau de différences statistiques comparant les traitements endodontiques des dents vivantes et mortes à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.

D'après la probabilité $p = 0,5$ obtenue il n'y a pas de différence significative entre les villes de Clichy et Neuilly en ce qui concerne les traitements endodontiques sur dents vivantes.
D'après la probabilité $p = 0,9$ obtenue il n'y a pas de différence significative entre les villes de Clichy et Neuilly en ce qui concerne les traitements endodontiques sur dents mortes

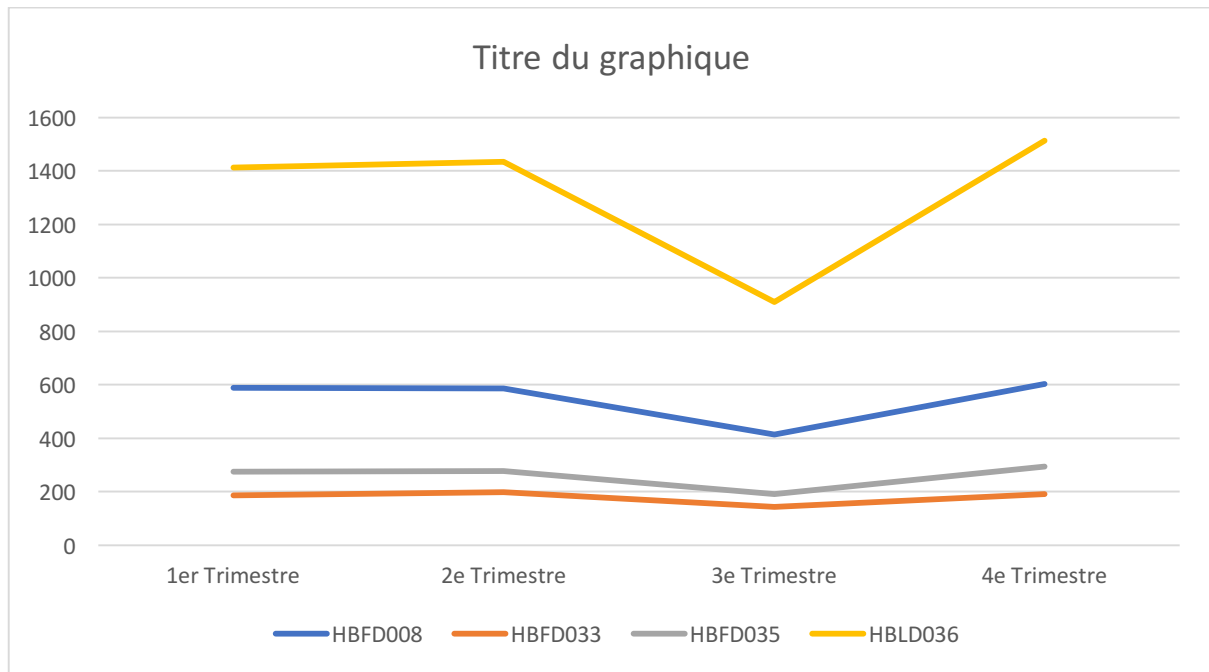
Les échantillons comparés se différencient par leurs caractères socio-économiques, notamment sur les revenus fiscaux médians par ménage, deux fois supérieur à Neuilly.

Par l'analyse statistique réalisée, on peut affirmer que la symptomatologie endodontique d'une dent est totalement indifférente aux caractères socio-économiques des patients.

Selon l'INPES, trois patients sur dix se rendent chez le dentiste uniquement en cas de douleur [Gunepina M. al. 2015], [INPES 2016].

La douleur symptomatique d'une dent vivante (pulpite) ou non vivante (PAA, abcès) se manifeste dans les mêmes proportions en milieu aisé et modeste.

4.8. Rapport statistique entre l'activité endodontique et la prothèse conjointe



HBLD036 = pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique

HBFD008 = exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente

HBFD035 = exérèse de la pulpe vivante d'une autre prémolaire

HBFD033 = exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou canine permanente

Figure 53 : Courbe graphique représentant l'activité annuelle des couronnes céramométallique ainsi que de trois traitements endodontiques par les 100 CD 92

Ce graphique porte sur l'échantillon des 100 CD 92. Les actes ici comparés sont la pose d'une couronne dentaire dentoportée céramométallique CCM et les actes d'endodonties les plus réalisés.

HBLD036 a été choisi car avec 5271 télétransmissions c'est l'acte de prothèse conjointe le plus réalisé par les chirurgiens-dentistes.

A partir des dates des actes renseignés dans la base de données, il a été possible de trimestrialiser l'activité de chacun des actes au cours de l'année.

Ainsi les 4 courbes décrivent une activité stable lors des deux premiers trimestres puis une diminution au cours du 3^{ème} trimestre puis une augmentation au 4^{ème} trimestre à hauteur des premiers trimestres de l'année.

Le pic de diminution de la CCM au milieu du 3^{ème} trimestre se reproduit avec exactitude dans la réalisation des trois principaux actes d'endodontie.

Pour cette analyse statistique, nous appellerons le coefficient de corrélation de la manière suivant : **L = Coefficient de corrélation**.

Dans un premier temps la réalisation d'une analyse numérique par le logiciel Excel a été réalisée. En utilisant la fonction « =COEFFICIENT.CORRELATION(plage de donnée 1 ; plage de donnée 2) » la valeur du coefficient de corrélation indique le niveau de liaison entre les courbes représentant les actes HBFD008, HBFD033, HBFD035 et la courbe représentant l'acte HBLD036.

Ci-dessous le résultat obtenu :

HBLD036	HBFD008	L = 0,996230199	HBLD036	HBFD033	L = 0,97770402407430	HBLD036	HBFD035	L = 0,99930759133269
1413	589		1413	185		1413	274	
1435	585		1435	197		1435	278	
909	413		909	142		909	190	
1514	603		1514	192		1514	295	

Figure 54 : Tableau de corrélation des courbes *HBLD036*, *HBFD008*, *HBFD035*, *HBFD033*.

Le coefficient de corrélation pour les trois comparaisons est très proche de 1. **Cela signifie qu'il existe un très fort lien de corrélation entre les courbes représentées par les actes HBFD008, HBFD033, HBFD035 et la courbe représentant l'acte HBLD036.**

D'autre part la réalisation d'une analyse mathématique a été réalisée. La formule permettant de calculer le coefficient de corrélation linéaire r est la suivante :

$$r = \frac{\sum (x - \bar{x}) \cdot (y - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x - \bar{x})^2} \cdot \sqrt{\sum (y - \bar{y})^2}}$$

Les facteurs de corrélation obtenu liant les couples de courbes HBLD036 - HBFD033 ; HBLD036 - HBFD033 et HBLD036 - HBFD035 sont tous égaux à 1.

Ainsi, l'analyse numérique et l'analyse mathématique permettent d'affirmer une corrélation certaine entre l'activité prothétique fixée et l'activité endodontique.

En effet, si les quatre courbes suivent la même trajectoire, il est possible d'assimiler la baisse d'activité du 3^{ème} trimestre à la survenue des vacances estivales, période pendant laquelle un grand nombre de praticiens prennent congé plusieurs semaines selon le Conseil de l'Ordre.

Enfin il serait intéressant de faire la somme de l'ensemble des traitements endodontiques afin de déterminer combien de ces traitements sont suivis d'une restauration prothétique fixée.

Conclusion

L'objectif de cette thèse était de faire état de l'utilisation de la nomenclature CCAM par les chirurgiens-dentistes des Hauts-de-Seine, Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne ainsi que de comparer l'activité dentaire dans deux villes socio-économiquement distinctes.

Il apparaît qu'indifféremment du périmètre d'étude les soins, les radios, les consultations et enfin les prothèses sont réalisés, dans cet ordre, et de manière décroissante. Les soins constituent plus de la moitié des actes sur les trois échantillons observés.

Cependant, il apparaît des différences d'activités entre les villes. Les chirurgiens-dentistes de Neuilly ont réalisé au cours de l'année 2015 trois fois plus d'Inlays Onlays que leurs confrères de Clichy, ce qui est statistiquement une différence très significative.

Aussi, le nombre d'examens buccodentaires de prévention sont deux fois plus important à Clichy et il existe une différence significative entre ces villes. Ces différences s'expliquent par différents facteurs socio-économiques notamment ...

Aussi il apparaît des similitudes notamment dans la proportion des dents vivantes et mortes traitées endodontiquement à Neuilly et Clichy. La symptomatologie endodontique d'une dent est totalement indifférente aux caractères socio-économiques des patients.

La création d'un code unique HBFD021 pour la première prémolaire maxillaire est justifiée par des caractéristiques anatomiques uniques et par la différence très significative entre sa fréquence d'apparition et celles des autres prémolaires.

Enfin, il a été prouvé par analyse statistique une corrélation très forte entre l'activité des couronnes céramométalliques et l'activité endodontique au sein du département des Hauts-de-Seine.

Différentes politiques de préventions peuvent être mise en place. La création d'un EBD pour les adultes de 30 à 44 ans répondrait au pic carieux le plus important chez l'adulte.

La refonte d'MT's Dent le rendant obligatoire, ainsi qu'une systématisation des scellements de sillons entièrement remboursé diminueraient considérablement un indice carieux encore perfectible chez les enfants.

D'autre part, afin de répondre à la volonté générale de tendre vers une dentisterie plus conservatrice, l'augmentation significative de la base de remboursement de l'IN/ON permettrait premièrement de diminuer les inégalités d'accès à ces techniques, et deuxièmement de pousser les patients et les praticiens vers des soins plus conservateurs.

Bibliographie

Accord du 29 septembre 2006 relatif aux salaires [en ligne] ; Journal Officiel. Disponible sur : « <https://www.legifrance.gouv.fr/affichIDCC.do?idConvention=KALICONT000005635655&cidTexte=KALITEXT000005649229> »

Albert Hauteville. Premier examen du patient. L'observation clinique [en ligne]. In Conseil Dentaire. Septembre 2013. Disponible sur : « <http://conseildentaire.com/2013/09/23/premier-examen-du-patient> »

AlQahtani SJ, Hector MP, Liversidge HM. Brief communication: the London Atlas of Human Tooth Development and eruption. Am. J. Phys. Anthropol. 2010;142:481-90.

Arrêté du 10 juillet 1975 portant approbation de la loi n°75-603 relative aux conventions entre les caisses d'assurance maladie du régime général de la sécurité sociale, du régime agricole et du régime des travailleurs non-salariés des professions non agricoles et les praticiens et auxiliaires médicaux [en ligne]. Journal Officiel, n°75-603 Disponible sur : « https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=94DA72046109AEC993F6E135CB843DAF.tplgfr32s_1?cidTexte=JORFTEXT000000522101&dateTexte=19750711 »

Arrêté du 30 mars 1976 portant approbation de la convention nationale des médecins [en ligne]. In Journal Officiel, Disponible sur : « https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000851246 »

Arrêté du 30 mai 1997 portant approbation de la Convention nationale des chirurgiens-dentistes [en ligne]. In Journal Officiel. Disponible sur « <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT00000562365> »

Arrêté du 16 août 2005 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention des médecins généralistes et des médecins spécialistes [en ligne]. In Journal Officiel, n°198 du 26 août 2005, p. 13530. Disponible sur : « <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2005/8/16/SANS0522986A/jo/texte> »

Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes [en ligne]. Journal Officiel. Disponible sur : « <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740> »

Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes [en ligne]. In Journal Officiel. Disponible sur : « https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=181E83793DE2AFA15B3A18D455B00984.tpdjo09v_2?idArticle=LEGIARTI000025554993&cidTexte=LEGITEXT000024804134&dateTexte=20121207 »

Arrêté du 26 novembre 2013 portant approbation de l'avenant n°3 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie [en ligne]. In Journal Officiel. Disponible sur : « https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=05EBBA4E57977EE83A55F10837C1116B.tplgfr21s_1?cidTexte=JORFTEXT000028253150&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000028253022 »

Arrêté du 26 novembre 2013 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie [en ligne]. In Journal Officiel, n°0278 du 30 novembre 2013, page 19484. Disponible sur : « <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028253150> »

Arrêté du 26 novembre 2013 portant approbation de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie [en ligne]. In Journal Officiel. Disponible sur : « <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028253111&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000028253022> »

Arrêté du 28 mai 2014 modifiant l'arrêté du 30 mai 2006 pris pour l'application des articles L. 162-9 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale et relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale pris en charge par la protection complémentaire en matière de santé [en ligne]. In Journal Officiel. Disponible sur : « <http://odonte.com/wp-content/uploads/2015/12/CMU-JO-31.05.2014.pdf> »

Assurance Maladie. Les grands principes de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire [en ligne]. 2016. Disponible sur : « http://www.smamform.fr/pdf/pdf_Document_de_synthese_fevrier_2014.pdf »
CNAMTS/DDGOS/DOS/Département des actes médicaux

Attali E. Le devis : Simple formalité ou véritable obligation? ; Droit et Médecine Bucco-Dentaire. 2012;2:77-80

Atieh MA. Root and canal morphology of maxillary first premolars in a Saudi population. J Contemp Dent Pract. 2008;46-53.

Avis relatif du 31 juillet 2012 à l'avenant n°2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie [en ligne]. In Journal Officiel. n°0176 Disponible sur : « <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026237147> »

Avis du 16 avril 2012 relatif à l'avenant n°2 à la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie [en ligne]. In Journal Officiel. Disponible sur : « <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026237147> »

Awawdeh L, Abdullah H, Al-Qudah A. Root Form and Canal Morphology of Jordanian Maxillary First Premolars. J Endod. 2008;34:956-61.

Bessis, P Rudyard. Guide pratique de la CCAM dentaire: l'art d'utiliser avec intelligence la nouvelle nomenclature. Comprendre la codification de la CCAM. Les Ulis : Edp sciences;2014. p.12-23.

Bessis, P Rudyard. Guide pratique de la CCAM dentaire: l'art d'utiliser avec intelligence la nouvelle nomenclature. Comprendre la codification de la CCAM. Les Ulis : Edp sciences;2014. p. 33-42.

Calderara P C, Gerthoux P M, Morelli P et al. The prevalence of Molar Incisivor Hypomineralisation (MIH) in a group of Italian school children. Eur. J. Paediatr. Dent., 2005;6(2):79-83.

Caisse Primaire des Hauts de Seine. Analyse du reste à charge en soins de ville des assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire [en ligne]. Octobre 2011. Disponible sur : « https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2012_01_13_anlyse_RAC_soins_de_ville_benefs_CMUC.pdf »

CMU. Prothèses dentaires et traitements d'orthopédie dento-faciale inclus dans le panier de soins CMU C Contrat de sortie CMU-C [en ligne]. 19 Avril 2017. Disponible sur : https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Panier_Soins_Dentaires.pdf

CNEOCE Collège national des enseignants en odontologie conservatrice et endodontie. Dictionnaire francophone des termes d'odontologie conservatrice : Endodontie & Odontologie restauratrice. Deuxième ed, Paris : Editions Espace ID; 2010.

Delprat L. CMU Complémentaire et refus de soins, une nouvelle mise en demeure. Médecine & Droit. 2005;74:171-176.

Décision du 11 mars 2005 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie [en ligne]. In Journal Officiel. Disponible sur : «<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000629763> »

Décret du 22 juillet 1967 portant code de déontologie des chirurgiens-dentistes [en ligne]. In Journal Officiel. n°67-671 Disponible sur : «<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000702075>»

Décret du 7 mai 2012 [en ligne]. In Journal Officiel n°2012-694 Disponible sur : « https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?jsessionid=9A9192A52A1360E83438E19C525843B6.tplgfr21s_1?idArticle=LEGIARTI000025843574&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte= »

Décret du 30 décembre 2015 relatif aux modalités de prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité des bénéficiaires de la protection universelle maladie [en ligne]. In Journal Officiel n° 2015-1882. Disponible sur : « <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031813511&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20160519&oldAction=rechCodeArticle&fastReqId=680494854&nbResultRech=1> »

Dodds M, Johnson D, Yeh C. Health benefits of saliva: a review. J Dent 2005;33:223-33.

Drees. Les dépenses de santé en 2015 [en ligne]. 2016. Disponible sur : « <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2016.pdf> »

Drees. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge [en ligne] juillet 2013. N° 847. Disponible sur : «<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf> »

Eliasson L, Birkhed D, Osterberg T et al. Minor salivary gland secretion rates and immunoglobulin A in adults and the elderly. Eur J Oral Sci 2006;114(6):494-99.

Ferraro M, Viera AR. Explaining gender differences in caries: a multifactorial approach to a multifactorial disease. Int J Dent 2010, 649643.

Gunepina M, Benmansourb A, Derachec F, Marescad S, Blatteau JE, Risso JJ. Motifs de consultation en urgence au cabinet dentaire du groupement médico-chirurgical de Gao: quelles leçons en tirer? Médecine et armées. 2015;43(4):345-51.

Haïm F. Tact et mesure en ODF. Chir Dent Fr.2013 ;1558-1559:13-15.

HAS (Haute Autorité de Santé). Stratégies de prévention de la carie dentaire [en ligne]. Mars 2010. P 9,30,68. Disponible sur : «https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf »

HAS (Haute Autorité de Santé). Stratégies de prévention de la carie dentaire [en ligne]. Mars 2010. p 72. Disponible sur : « https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/corriges_rapport_cariedentaire_version_postcollege-10sept2010.pdf »

INPES. Quel est l'état de santé bucco-dentaire des Français ? [en ligne] Mars 2016 Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/actus2016/011-sante-bucco-dentaire.asp>

Insee. Définitions, méthode et qualité [Internet]. 13 octobre 2016. [Consulté le 23 août 2017]. Disponible sur : « <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1265> »

Insee. Dossier complet département des Hauts de Seine 92 [en ligne] 2017. Disponible sur : « <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-92> »

Insee. Fichier RFDM2011COM : Revenus fiscaux localisés des ménages [en ligne]. 2011. Disponible sur : « <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-92> »

Irdes. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 [en ligne]. Juin 2014. Disponible sur : « <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf> »
Jager A. Le contrat de solidarité et d'accès aux soins. *Rev neurol.* 2013; 169 6-7.

J.-J. Lasfargues, J.-J. Louis, R. Kaleka. Classifications des lésions carieuses. De Black au concept actuel par sites et stades. *EMC - Odont* 2006;[23-069-A-10]:1-19.

Kim SY, Kim BS, Woo J, Kim Y. Morphology of mandibular first molars analyzed by cone beam computed tomography in a korean population: Variations in the number of roots and canals. *J Endod*; 2013;39(12):1516-21.

Laroche J. Qu'est-ce qu'un parcours de soins? *Journal des maladies vasculaires.* 2016;41(2):99-100.

Le Fur E. "Une belle dentition, mais au prix fort !" *60 Millions De Consommateurs* 2010;453:12-5.

Leppaniemi A, Lukinmaa P-L, Alaluusua S. Nonfluoride Hypomineralizations in the Permanent First Molars and Their Impact on the Treatment Need. *Caries Res.* 2001;35:36-40.

Loi du 3 Juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux [en ligne]. In *Journal Officiel*, n°71-525, Disponible sur : « <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874938> »

Loi du 27 juillet 1999 relative à la création d'une couverture maladie universelle [en ligne]. In *Journal Officiel*. n° 99-641 Disponible sur : « <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392> »

Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires texte n° 1 [en ligne]. In *Journal Officiel*. n° **2009-879**. Disponible sur : « <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> »

Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [en ligne]. In *Journal Officiel*. n°2016-41. Disponible sur : « <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id> »

Lucakcs JR, Largaespada LL. Explaining sex differences in dental caries prevalence: saliva, hormones and "life-history" etiologies. *Am J Hum Biol* 2006;18:540-55.

Lupi-Begurier L, Bourgeois D, Muller-Bolla M. *Epidémiologie de la carie*. EMC (Elsevier Masson SAS Paris), Médecine buccale, 2009;[28-260-D-10].

Madlena M, Hermann P, Jahn M et al. Caries prevalence and tooth loss in Hungarian adult population: results of a national survey. *BMC Public Health* 2008;8:364.

- Nguyen T, Witter D, Bronkhorst et al. Oral health status of adults in Southern Vietnam- a cross-sectional epidemiological study. BMC Oral Health 2010;10:1-11.
- OCDE. Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle [en ligne]. Novembre 2016. Disponible sur : « <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-Europe-2016-CHARTSET.pdf> »
- Ordonnance du 4 octobre 1945-a portant sur l'organisation de la sécurité sociale [en ligne]. In Sécurité sociale, n° 45-2259 Article 2, Disponible sur : « http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ordonnance_4_octobre_1945.pdf »
- Ordonnance du 4 octobre 1945-b portant sur l'organisation de la sécurité sociale [en ligne]. In Sécurité sociale, n° 45-2259 Article 3. Disponible sur : « http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ordonnance_4_octobre_1945.pdf »
- Pécora JD, Saquy PC, Sousa Neto MD, Woelfel JB. Root form and canal anatomy of maxillary first premolars. Braz Dent J. 1991:87-94.
- Pécora JD, Sousa Neto MD, Saquy PC, Woelfel JB. In vitro study of root canal anatomy of maxillary second premolars. Braz Dent J; 1993:81-5.
- Perrin D, Ahossi V, Larass P, Paris M. Urgences en endodontie. Paris: Cdp; 2005 (Mémento).
- Rapport du 09 janvier 2002 sur la proposition de loi n°3520 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie [en ligne]. In Assemblée nationale. Disponible sur : « <http://www.assemblee-nationale.fr/11/rapports/r3524.asp> »
- Rapport du 08 juillet 2014 information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes sur les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé [en ligne]. In Sénat. Disponible sur : « <https://www.senat.fr/rap/r13-699/r13-6991.pdf> »
- Roberts C, Manchester K. The Archaeology of disease. Third ed. The History Press, UK, 2010.
- Sewon L, Laine M, Karjalainen S et al. The effect of hormone replacement therapy on salivary calcium concentrations in menopause women. Arch Oral Biol 2000; 45:201-6.
- UFSBD. Une stratégie de santé bucco-dentaire pour une stratégie « globale » de santé [en ligne] 2014. p 10. Disponible sur : « <http://www.ufsbd.fr/wp-content/uploads/2014/06/Contribution-UFSBD-Strat%C3%A9gie-Nationale-de-Sant%C3%A9-10-avril-2014.pdf> »
- UJCD (Union des jeunes chirurgiens-dentistes). Codes et valeurs des actes de la CCAM en omnipratique quotidienne [en ligne]. 2014. Disponible sur : « http://www.union-dentaire.com/wp-content/uploads/2014/07/UJCD14_4-Pages-tableaux-HD.pdf »
- Vertucci F, Seelig A, Gillis R. Root canal morphology of the human maxillary second premolar. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1974:456-64.
- Yang L, Chen X, Tian C, Han T, Wang Y. Use of cone beam computed tomography to evaluate root canal morphology and locate root canal orifices of maxillary second premolars in a chinese subpopulation [Internet]. J Endod. 2014;40(5):630-4.
- Y.-L. Turpin, J.-M. Vulcain. Principes généraux de préparation des dents en vue de leur restauration Médecine buccale. [28-720-V-10]

Annexes

Annexe 1 : Tarifs et remboursements des soins dentaires.

Tarifs et remboursements des soins dentaires (à l'exception des soins réalisés sur les dents permanentes des enfants de moins de 13 ans)

Soin dentaire	Tarif conventionnel	Taux de remboursement	Montant remboursé (1)
Détartrage	28,92€	70 %	20,24€
Traitement d'une carie une face	16,87€	70 %	11,80€
Traitement d'une carie deux faces	28,92€	70 %	20,24€
Traitement d'une carie trois faces et plus	40,97€	70 %	28,67€
Dévitalisation d'une incisive ou d'une canine	33,74€	70 %	23,61€
Dévitalisation d'une prémolaire	48,20€	70 %	33,74€
Dévitalisation d'une molaire	81,94€	70 %	57,35€
Extraction d'une dent de lait	16,72€	70 %	11,70€
Extraction d'une dent permanente	33,44€	70 %	23,40€

Tarifs et remboursements des soins dentaires réalisés sur les dents permanentes des enfants de moins de 13 ans

Soin dentaire	Tarif conventionnel	Taux de remboursement	Montant remboursé (1)
Traitement d'une carie une face	19,28€	70 %	13,49€
Traitement d'une carie deux faces	33,74€	70 %	23,61€
Traitement d'une carie trois faces et plus	48,20€	70 %	33,74€
Dévitalisation d'une incisive ou d'une canine	38,56€	70 %	26,99€
Dévitalisation d'une prémolaire	57,84€	70 %	40,48€
Dévitalisation d'une molaire	93,99€	70 %	65,79€

Annexe 2 : Tarifs et remboursements des prothèses dentaires.

Tarifs et remboursements des prothèses dentaires				
Prothèse dentaire	Honoraires	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé (1)
Couronne (2)	Libres	107,50€	70%	75,25€
Inlay-core	Libres	122,55€	70%	85,78€
Inlay-core à clavette	Libres	144,05€	70%	100,83€
Appareil dentaire [1-3 dents]	Libres	64,50€	70%	45,15€
Appareil dentaire complet [14 dents]	Libres	182,50€	70%	127,75€
Bridge de 3 éléments [2 dents piliers + 1 élément intermédiaire pour remplacer une dent absente] (3)	Libres	279,50€	70%	195,65€

Annexe 3 : Tableau de la loi de Khi deux.

d.d./ α	0.9	0.5	0.3	0.2	0.1	0.05	0.02	0.01	0.001
1	0.158	1	2	3.078	6.314	12.706	31.821	64	637
2	0.142	0.816	1.386	1.886	2.92	4.303	6.965	10	31.598
3	0.137	0.765	1.25	1.638	2.353	3.182	4.541	5.841	12.929
4	0.134	0.741	1.19	1.533	2.132	2.776	3.747	4.604	8.61
5	0.132	0.727	1.156	1.476	2.015	2.571	3.365	4.032	6.869
6	0.131	0.718	1.134	1.44	1.943	2.447	3.143	3.707	5.959
7	0.13	0.711	1.119	1.415	1.895	2.365	2.998	3.499	5.408
8	0.13	0.706	1.108	1.397	1.86	2.306	2.896	3.355	5.041
9	0.129	0.703	1.1	1.383	1.833	2.263	2.821	3.25	4.781
10	0.129	0.7	1.093	1.372	1.812	2.228	2.764	3.169	4.587
11	0.129	0.697	1.088	1.363	1.796	2.201	2.718	3.106	4.437
12	0.128	0.695	1.083	1.356	1.782	2.179	2.681	3.055	4.318
13	0.128	0.694	1.079	1.35	1.771	2.16	2.65	3.012	4.221
14	0.128	0.692	1.076	1.345	1.761	2.145	2.624	2.977	4.14
15	0.128	0.691	1.074	1.341	1.753	2.131	2.602	2.947	4.073
16	0.128	0.69	1.071	1.337	1.746	2.12	2.583	2.921	4.015
17	0.128	0.689	1.069	1.333	1.74	2.11	2.567	2.898	3.965
18	0.127	0.688	1.067	1.33	1.734	2.101	2.552	2.878	3.922
19	0.127	688	1.066	1.328	1.729	2.093	2.539	2.861	3.883

20	0.127	0.687	1.064	1.325	1.725	2.086	2.528	2.845	3.85
21	0.127	0.686	1.063	1.323	1.721	2.08	2.518	2.831	3.819
22	0.127	0.686	1.061	1.321	1.717	2.074	2.508	2.819	3.792
23	0.127	0.685	1.06	1.319	1.714	2.069	2.5	2.807	3.767
24	0.127	0.685	1.059	1.318	1.711	2.064	2.492	2.797	3.745
25	0.127	0.684	1.058	1.316	1.708	2.06	2.485	2.787	3.725
26	0.127	0.684	1.058	1.315	1.706	2.056	2.479	2.779	3.707
27	0.137	0.684	1.057	1.314	1.703	2.052	2.473	2.771	3.69
28	0.127	0.683	1.056	1.313	1.701	2.048	2.467	2.763	3.674
29	0.127	0.683	1.055	1.311	1.699	2.045	2.462	2.756	3.649
30	0.127	0.683	1.055	1.31	1.697	2.042	2.457	2.75	3.656
40	0.126	0.681	1.05	1.303	1.684	2.021	2.423	2.704	3.551
80	0.126	0.679	1.046	1.296	1.671	2	2.39	2.66	3.46
120	0.126	0.677	1.041	1.289	1.658	1.98	2.358	2.617	3.373
Infini	0.126	0.674	1.036	1.282	1.645	1.96	2.326	2.576	3.291

Table des figures

Figure 1 : extrait du tableau descriptif du panier CMU-C.....	19
Figure 2 : tableau descriptif des AMO et AMC en année pleine, 2014 et 2015.....	24
Figure 3 : répartition des motifs de renoncements (d'après l'ESPS 2012).....	25
Figure 4 : tableau de l'évolution du taux de renoncement aux soins pour raison financière.....	26
Figure 5 : tableau descriptif des trois villes aux revenus les plus élevées et des trois villes aux revenus les plus modestes des Hauts-de-Seine.....	30
Figure 6 : Tableau Excel de la base de données anonymisée.....	32
Figure 7 : Répartition des catégories d'actes des 100 CD 92.....	33
Figure 8 : Comparaison du nombre d'actes par catégorie à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.....	34
Figure 9 : Comparaison du nombre et de la moyenne de consultations à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.....	35
Figure 10 : Proportion des restaurations incisivocanines insérées en phase plastique, réalisées par les 100 CD 92.....	37
Figure 11 : Répartition des restaurations prémolomolaires insérées en phase plastique, réalisées par les 100 CD 92.....	37
Figure 12 : Inlays / Onlays réalisés par les 100 CD 92.....	38
Figure 13 : Comblements de sillons et fissures réalisés par les 100 CD 92.....	38
Figure 14 : Répartition des restaurations du secteur incisivocanin à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.....	39
Figure 15 : Comparaison des restaurations du secteur prémolomolaire à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.....	39
Figure 16 : Comparaison du nombre d'Inlays / Onlays réalisés à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.....	40
Figure 17 : Comparaison du nombre de comblements de sillons réalisés à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.....	41
Figure 18 : Exérèses de la pulpe vivante réalisés par les 100 CD 92.....	42
Figure 19 : Exérèses de contenu canalaire non vivant réalisés par les 100 CD 92.....	42
Figure 20 : Comparaison des apexifications et obturations radiculaires après apexification réalisés par les 100 CD 92.....	43
Figure 21 : Comparaison du nombre d'endodonties avec exérèse de pulpe vivante à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.....	44
Figure 22 : Histogramme comparant le nombre d'endodonties avec exérèse de contenu canalaire non vivant à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.....	44
Figure 23 : Comparaison du nombre d'apexifications et obturations radiculaires après apexification à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.....	45
Figure 24 : Nombre de couronnes dentoportées réalisées par les 100 CD 92.....	46
Figure 25 : Comparaison du nombre de prothèses fixées plurales de bases réalisées par les 100 CD 92.....	47
Figure 26 : Nombre d'inlays-cores réalisés par les 100 CD 92.....	48
Figure 27 : Nombre de couronnes dentoportées réalisées à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.....	48
Figure 28 : Comparaison du nombre de prothèses fixées plurales de base réalisés à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.....	49
Figure 29 : Comparaison du nombre d'inlay-cores réalisés à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.....	50
Figure 30 : Comparaison du nombre de prothèses amovibles stellites réalisées par les 100 CD 92.....	51
Figure 31 : Comparaison du nombre de prothèses amovibles résines définitives réalisées par les 100 CD 92.....	52
Figure 32 : Comparaison du nombre de stellites réalisés à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.....	53
Figure 33 : Comparaison du nombre de prothèses amovibles résines définitives réalisées à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.....	53
Figure 34 : Comparaison du nombre d'avulsions sur dents permanentes réalisées par les 100 CD 92.....	54

Figure 35 : Comparaison du nombre d'avulsions sur dents permanentes à Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.	55
Figure 36 : Comparaison du nombre d'avulsions sur dents lactéales à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.	56
Figure 37 : Tableau dynamique à double entrée introduisant les tranches d'âges, le sexe, et les quatre soins conservateurs les plus importants.	57
Figure 38 : Tableau de différence significative comparant les soins conservateurs reçus par les hommes et les femmes.	58
Figure 39 : Tableau du nombre de comblement de sillons en fonction de la tranche d'âge.	58
Figure 40 : Tableau de la différence significative du nombre de comblement de sillons entre les garçons et les filles pour chaque tranche d'âge.	59
Figure 41 : Tableau à double entrées rapportant le nombre de soins conservateurs en fonction de l'âge et du sexe.	59
Figure 42 : Tableau de la différence significative du nombre de soins conservateurs entre les tranches d'âge chez l'enfant.	60
Figure 43 : Boite à moustache comparant l'utilisation de l'EBD « M'T Dents » dans les Hauts-de-Seine.	60
Figure 44 : Tableau de la différence significative comparant les quartiles et les maximums d'utilisation d'EBD entre Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.	61
Figure 45 : Boite à moustache comparant le nombre d'IN/ON dans les 3 périmètres d'étude.	62
Figure 46 : Tableau de différences significatives comparant les 3 ^{èmes} quartiles et les maximums d'inlays onlays par les chirurgiens-dentistes de Clichy-la-Garenne et Neuilly-sur-Seine.	63
Figure 47 : Boite à moustache comparant HBFD021 (traitement endodontique de la première prémolaire maxillaire) et HBFD035 (traitement endodontique d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire).	63
Figure 48 : Tableau du nombre d'endodontie prémolaire à Clichy, Neuilly et Hauts de Seine.	64
Figure 49 : Tableau de différences significatives comparant les traitements endodontiques de la première prémolaire maxillaire et des autres prémolaires.	65
Figure 50 : Tableau du nombre total d'actes reçus par les femmes et les hommes selon le périmètre d'étude.	68
Figure 51 : Camemberts comparatifs des traitements endodontiques des dents vivantes et mortes à Neuilly, Clichy et les Hauts de Seines	74
Figure 52 : Tableau de différences statistiques comparant les traitements endodontiques des dents vivantes et mortes à Neuilly-sur-Seine et Clichy-la-Garenne.	75
Figure 53 : Courbe graphique représentant l'activité annuelle des couronnes céramométallique ainsi que de trois traitements endodontiques par les 100 CD 92.	76
Figure 54 : Tableau de corrélation des courbes <i>HBLD036</i> , <i>HBFD008</i> , <i>HBFD035</i> , <i>HBFD033</i>	77

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.

MAZOUZ Mohamed Contribution à l'utilisation de la CCAM par les chirurgiens-dentistes : étude sur les Hauts-de-Seine. 2017. 98 p. : ill. Réf. Biblio. : 83-88

Sous la direction de : M. le Docteur Steve TOUPENAY

Th : Chir Dent. : Paris 7 : 2017

RESUME en français :

Pendant plus de trente ans, la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) a encadré l'activité des médecins et des chirurgiens-dentistes, comme celle des autres professionnels de santé.

Depuis le 1er juin 2014, la CCAM v34 se substitue totalement à la nomenclature générale des actes professionnels.

Cette nouvelle nomenclature couvre la totalité des actes de chirurgie dentaire, que ceux-ci soient remboursés ou non, et quels que soient la spécialité (à l'exclusion de l'ODF) et le mode d'exercice. Elle est actuellement transposée, par l'avenant n°11 la CCAM fut assortie d'une revalorisation de certains actes conservateurs, médicaux et chirurgicaux.

Cette mutation de codification eut de multiples effets, aussi bien sur l'activité quotidienne des chirurgiens-dentistes que sur la consommation de soins des patients.

Les objectifs de cette thèse seront de faire l'état de l'utilisation de la CCAM par les chirurgiens-dentistes des Hauts de Seine et dans deux villes sociologiquement éloignées.

Afin d'y parvenir nous mènerons une étude statistique à partir des données fournis par la CPAM des Hauts de Seine. Celles-ci indiquent les actes cotés et télétransmis par l'ensemble des praticiens du département.

TITRE en anglais : Contribution to the use of the CCAM by dental surgeons: study on the Hauts-de-Seine

RESUME en anglais : (facultatif)

DISCIPLINE : épidémiologie / santé publique

MOTS-CLES Français : (dont plusieurs mots Fmesh obligatoires à signaler en tant que tels)
Actes médicaux ; Nomenclature ; Organisations et économie des soins de santé (FMeSH),
Dentistes (FMeSH), Interprétation statistique de données (FMeSH)

MOTS-CLES Anglais : Health care economics and organizations (MeSH); Dentists (MeSH),
Data interpretation, statistical (MeSH)