



HAL
open science

Système de soins et état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en France et en Suède. Volume 1, Analyse au sein du service gériatrique de Corentin Celton (France) et comparaison avec l'hôpital Capiro Saint-Göran (Suède)

Patrick Chelala

► **To cite this version:**

Patrick Chelala. Système de soins et état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en France et en Suède. Volume 1, Analyse au sein du service gériatrique de Corentin Celton (France) et comparaison avec l'hôpital Capiro Saint-Göran (Suède). Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02469401

HAL Id: dumas-02469401

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02469401v1>

Submitted on 6 Feb 2020

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

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

MEMBRE DE

U-S-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2019

N° 074

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 18 novembre 2019

Par

Patrick CHELALA

Système de soins et état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en France et en Suède. Volume 1, Analyse au sein du service gériatrique de Corentin Celton (France) et comparaison avec l'hôpital Capio Saint-Göran (Suède)

Dirigée par Mme le Professeur Marysette Folliguet

JURY

Mme le Professeur Marysette Folliguet

Président

Mme le Professeur Loredana Radoi

Assesseur

M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Assesseur

M. le Docteur Marc Santucci

Assesseur

M. le Docteur Jérémie Cornu

Invité



Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MÂÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BÉAL Mme DURSUN Mme VITAL	M. COURSON Mme JEGAT Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme FOLLIGUET M. PIRNAY	Mme GERMA M. TAVERNIER
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOI	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN Mme TAÏHI
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD	M. ARRETO Mme BARDET (MCF) Mme CHARDIN M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES	Mme WULFMAN	M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TRAMBA
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX	M. SALMON	M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION M. LASFARGUES M. LAUTROU M. LEVY	M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW

Mise à jour le 06 septembre 2019

Remerciements

À Mme le Professeur Marysette Folliguet

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifiée en Médecine bucco-dentaire

Docteur en Sciences odontologiques

Docteur d'État en Odontologie

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Chef de service de l'hôpital Louis Mourier

Chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur

Officier de l'ordre des palmes académiques

Je tenais à vous remercier tout d'abord pour votre accompagnement tout au long de mes années d'études au sein de votre service. Et plus précisément pour votre implication dans ce travail, que je suis fier de présenter.

À Mme le Professeur Loredana Radoï

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifiée en Chirurgie orale

Ancien Interne des Hôpitaux

Docteur de l'Université Paris-Sud

Habilitée à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Je suis reconnaissant pour votre accompagnement tout au long de mes années d'études. La chirurgie orale est une discipline que j'affectionne tout particulièrement, et je vous remercie d'avoir fait partie de ma formation. Je suis très heureux de conclure mes années d'études avec vous au sein de mon jury.

À M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Docteur en Sciences odontologiques

Maitre de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chevalier de l'ordre national du mérite

Officier de l'ordre des palmes académiques

Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce sujet de thèse d'exercice. Je suis très heureux que vous fassiez partie de ce jury.

À M. le Docteur Marc Santucci

Docteur en Chirurgie dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Merci de votre bienfaisance et de votre pédagogie qui ont rendu ma formation meilleure. Ce fut un réel plaisir de vous avoir comme enseignant toutes ces années, et je me réjouis que vous fassiez partie de mon jury de thèse.

À M. le Docteur Jérémie Cornu

Docteur en Chirurgie dentaire

Attaché de l'hôpital Paris Ouest Coirentin Celton

Merci d'avoir été référent lors de mon stage de santé publique qui a donné naissance à ce travail. Ce fut un plaisir de passer une année à vos côtés dans ce service, imprégné de votre bonne humeur ainsi que celle d'Isabelle.

Table des matières

INTRODUCTION	3
1 : DEFINITIONS	4
1.1 SANTE	4
1.2 SYSTEME DE SOINS / SYSTEME DE SANTE.....	4
1.3 PERSONNE AGEE	4
2 : CONTEXTE « ECONOMIQUE » DE SANTE EN FRANCE	5
2.1 ÉCONOMIE ET SANTE	5
2.1.1 <i>Dépenses de santé</i>	5
2.1.2 <i>Dépenses de santé et personnes âgées</i>	6
2.2 DEMOGRAPHIE DES CHIRURGIENS-DENTISTES.....	6
3 : FONDATIONS DU SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS	9
3.1 PRESENTATION	9
3.2 LA SECURITE SOCIALE (1945)	9
3.3 LOI RELATIVE AUX DROITS DES MALADES ET A LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE (OU LOI KOUCHNER DU 4 MARS 2002)..	10
3.4 LOI RELATIVE A LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE (9 AOUT 2004)	10
3.5 LOI BACHELOT HOPITAL PATIENT SANTE TERRITOIRE (OU LOI HPST DU 21 JUILLET 2009).....	10
4 : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE ET INSTITUTIONS	11
4.1 UN SYSTEME STRUCTURE EN TROIS NIVEAUX.....	11
4.1.1 <i>Niveau national</i>	11
4.1.2 <i>Niveau régional</i>	12
4.1.3 <i>Niveau local</i>	14
4.1.4 <i>Agences sanitaires</i>	16
4.2 SCHEMA DU SYSTEME DE SANTE ET MEDICO-SOCIAL FRANÇAIS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE.....	17
4.2.1 <i>Structures ambulatoires</i>	17
4.2.2 <i>Établissements hospitaliers</i>	17
4.2.3 <i>Établissements médico-sociaux</i>	17
4.3 ÉVOLUTION DU SYSTEME	18
5 : CARACTERISTIQUES DU SYSTEME DE SOINS BUCCO-DENTAIRES FRANÇAIS	19
5.1 OFFRE DE SOINS.....	19
5.1.1 <i>Offres de soins pour la population générale</i>	19

5.1.2 Offres de soins spécifiques aux personnes âgées	20
5.2 LES PROFESSIONNELS EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE	20
5.2.1 Les chirurgiens-dentistes	20
5.2.2 Les assistantes/hygiénistes dentaires en France	21
6 : PRISE EN CHARGE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES FRANÇAIS.....	23
6.1 FINANCEMENT DES SOINS EN FRANCE.....	23
6.1.1 La Sécurité Sociale	23
6.1.2 Complémentaires Santé.....	24
6.1.3 Financements publics	25
6.1.4 Reste à charge	27
6.2 TARIFS : EVOLUTION ACTUELLE DE LA NOMENCLATURE – CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX (CCAM)	28
6.3 AVANTAGES ET INCONVENIENTS DU SYSTEME DE SANTE BUCCO-DENTAIRE	29
6.3.1 Avantages.....	29
6.3.2 Inconvénients.....	29
7 : ILLUSTRATION PAR LA SITUATION DES PERSONNES AGEES EN FRANCE.....	31
7.1 PRESENTATION DU SERVICE DE GERIATRIE DE L’HOPITAL CORENTIN CELTON	31
7.2 METHODOLOGIE D’ETUDE	31
7.2.1 Population cible	31
7.2.2 Méthode	32
7.2.3 Indices utilisés.....	33
7.3 RESULTATS	34
7.3.1 Description de la population.....	34
7.3.2 État oral.....	36
8 : ANALYSE DES RESULTATS EN FRANCE ET EN SUEDE.....	45
9 : DISCUSSION DES RESULTATS	51
9.1 LES SYSTEMES DE SANTE	51
9.2 CONDITIONS D’HOSPITALISATION	52
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	55
TABLE DES FIGURES.....	59
TABLE DES TABLEAUX.....	60
ANNEXES.....	61

Introduction

L'augmentation de la proportion des personnes âgées dans les pays européens est l'un des plus grands défis contemporains. Ces dernières sont de plus en plus nombreuses : en France, les personnes âgées d'au moins 60 ans représenteront 30,1 % de la population en 2040, contre 23,5 % en 2012. Le vieillissement de la population engendre une augmentation très importante des besoins de soins, et par conséquent de la part de l'économie consacrée aux dépenses de santé. Cette population est également la plus représentative de l'efficience du système de soin.

La France n'est pas le seul pays à être concerné par cette évolution démographique. Cette tendance est mondiale et ne fait que s'accélérer. C'est sous l'influence de cette dynamique que les systèmes de soins doivent s'organiser et se réformer pour tenter de mieux répondre à la demande croissante.

La Suède, par exemple, réputée pour l'efficience de son système de soins, est confrontée aux mêmes enjeux. En effet, les personnes âgées d'au moins 65 ans représenteront 23 % de la population en 2040, contre 18,8 % en 2012.

Il paraît alors intéressant de comparer l'état de santé bucco-dentaire des populations âgées française et suédoise, et de confronter les résultats au fonctionnement du système de santé, pour en dégager des pistes de réflexion.

1 : Définitions

1.1 Santé

La santé est définie par l’OMS comme étant « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l’absence de maladie ou d’infirmité ». La santé prend donc une dimension plus large que l’état de non-maladie au sens physiologique.

1.2 Système de soins / Système de santé

Il est essentiel de mettre en évidence la distinction entre système de soins et système de santé.

Selon le Haut Conseil de la Santé Publique, le système de soins « prend en charge les maladies entendues comme une altération organique et/ou fonctionnelle considérée dans son évolution et comme une entité définissable » tandis que le système de santé « vise à maintenir et rétablir la santé de la population entendue aujourd’hui dans un sens beaucoup plus large que l’état de non-maladie »¹. Ainsi, le système de soins revêt une dimension médico-sociale, tandis que le système de santé concerne les moyens mis en place pour rendre possible l’action entreprise par le système de soins. Il s’impose dans une dimension administrative et économique.

1.3 Personne âgée

A ce jour, aucune définition officielle de la personne âgée n’a été retenue. En France, le rapport Laroque publié en 1962, définit les « personnes âgées » comme les 65 ans et plus. Ce même rapport explique cependant que l’âge seul ne suffit pas à qualifier cette population spécifique². Le vieillissement est multifactoriel. Il faut alors prendre en compte plusieurs variables : l’âge, les polypathologies, l’état psychologique, l’autonomie³. En 2010, le rapport d’analyse stratégique fait la distinction entre les « personnes âgées », séparant les plus de 75 ans, et le « grand âge » qui désigne les plus de 85 ans⁴.

¹ Claverane, Bremond, et Teil, « Organisation, décision et financement du système de soins. »

² Laroque et Debray, *Rapport Laroque*.

³ Ennuyer, « À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus ».

⁴ Centre d’analyse stratégique (France), *Vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l’action publique du vieillissement de la population française*.

2 : Contexte « économique » de santé en France

2.1 Économie et santé

Les dépenses consacrées à la santé progressent au fil des années. Cette évolution s'explique en grande partie par deux faits : d'une part, les populations vivent de plus en plus longtemps ; d'autre part, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses. Ces dernières nécessitent alors des soins de plus en plus longs et coûteux.

Tableau 1 : Évolution de la population en France Métropolitaine

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des				
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65 ans ou +	75 ans ou +
1950	41 647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8
2000	58 796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6

Source : Institut national de la statistique et des études économiques, « Évolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 (scénario central de projection) », 2006

2.1.1 Dépenses de santé

En 2016, le PIB de la France s'élevait à 2 465 milliards d'euros. Les dépenses de consommation de soins et biens médicaux étaient de 198,5 milliards d'euros, soit 2970 € par habitant environ selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Toutes dépenses de santé comprises, la part du PIB consacrée à la santé est de 11 %. ⁵

⁵ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Les dépenses de santé en 2016 - résultats des comptes de la santé ».

2.1.2 Dépenses de santé et personnes âgées

En 2010, 5,7 millions de personnes étaient âgées de 75 ans ou plus en France. Comparées aux moins de 75 ans, ces personnes ont des besoins de soins élevés. Presque toutes ont eu recours au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste et un tiers d'entre elles a été hospitalisé. En 2010, les dépenses de santé remboursées par l'Assurance maladie pour les personnes âgées de plus de 75 ans sont de 3000 € en soins de ville et le coût d'hospitalisation en court séjour est de 6000 € par personne en moyenne. De plus, ces personnes consomment en moyenne sept molécules médicamenteuses de façon régulière. Ces données s'expliquent par le fait qu'avec l'âge, le niveau de dépendance et la prévalence des affections de longue durée (ALD) augmentent. De plus, la hausse du montant des dépenses en soins paramédicaux tels que les soins infirmiers ou encore la kinésithérapie est à prendre en compte.

A ces notions, s'ajoute la prévalence croissante de polypathologies chez les personnes âgées. La polypathologie est un phénomène qui touche 40 % à 70 % des personnes de 75 ans ou plus en 2010. Les pathologies les plus fréquentes sont les pathologies cardiaques, le diabète, l'asthme et la maladie d'Alzheimer. Cependant, une personne atteinte de polypathologies n'est pas forcément génératrice d'un surcoût dans ses traitements. Par exemple, les dépenses engendrées par un patient traité pour maladie cardio-vasculaire sont semblables à celles d'un patient traité à la fois pour maladie d'Alzheimer et pour une affection cardio-vasculaire.⁶

2.2 Démographie des chirurgiens-dentistes

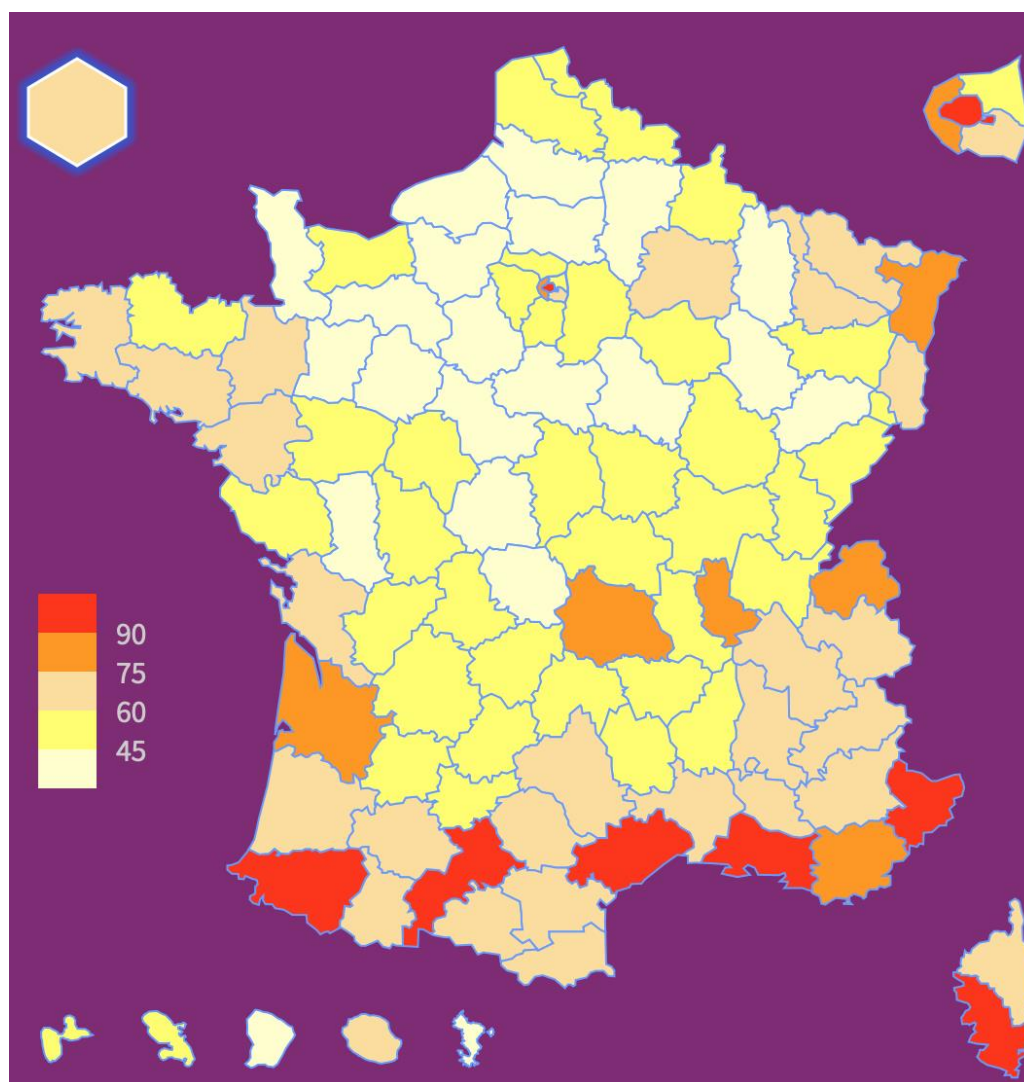
La demande de soins croissante nécessite des moyens économiques importants, et également des moyens humains. L'offre de soins n'est malheureusement pas en adéquation avec la demande, et l'on peut observer des « déserts médicaux » sur le territoire français, en termes de professionnels de santé.

S'agissant de la répartition des chirurgiens-dentistes en France, le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes recense 42 000 praticiens sur le territoire à ce jour. Cela correspond à une moyenne nationale de 66 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants ; cependant la répartition géographique montre de très importantes disparités.

On peut observer sur la carte ci-dessous une concentration majoritaire dans le sud et en Île-de-France.

⁶ Le Garrec, Bouvet, et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « Comptes nationaux de la santé 2012 ».

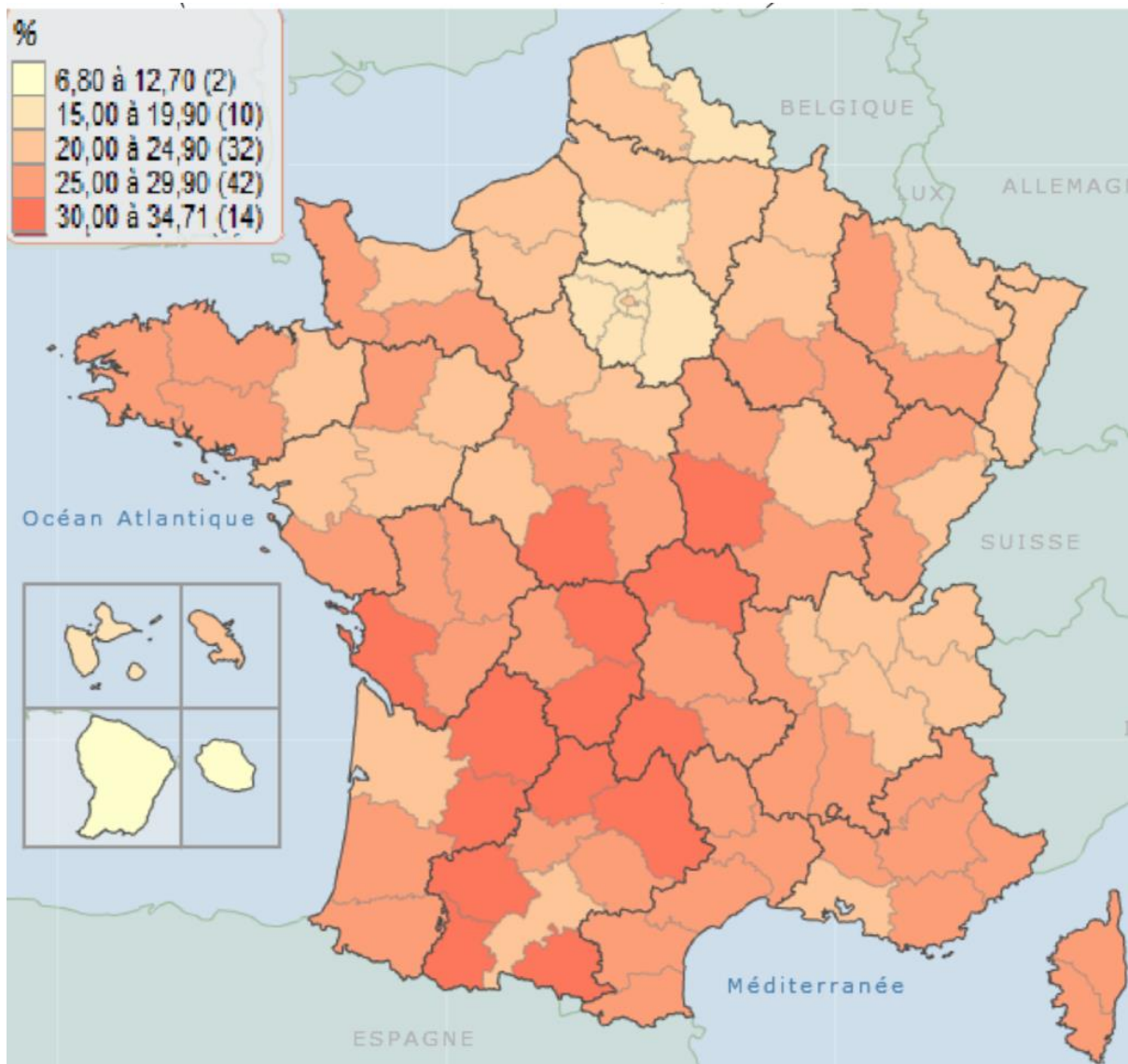
Figure 1 : Répartition des chirurgiens-dentistes en France (nombre de praticiens / 100 000 habitants)



Source : Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Répartition de la population des chirurgiens-dentistes », 2019

Environ 87 % des chirurgiens-dentistes ont un exercice libéral alors que les autres sont salariés. Si l'on met en parallèle la répartition des personnes âgées, les résultats sont très contrastés. Une très grande proportion de la population âgée de plus de 60 ans réside dans le centre de la France, comme le montre la carte ci-dessous.

Figure 2 : Répartition des personnes âgées de plus de 60 ans en France en 2011 (en %)



Source : Institut national de la statistique et des études économiques, « Part des personnes de 60 ans et plus dans la population », 2011

La superposition des deux cartes ci-dessus révèle une inadéquation entre l'offre et la demande de soins dentaires. La demande de soins dentaires, comme pour les soins médicaux, augmente avec l'âge. Il faudrait alors que les chirurgiens-dentistes soient davantage présents dans le centre et le sud-ouest de la France afin de satisfaire les besoins des populations, ce qui n'est pas le cas. L'accès aux soins dentaires est donc difficile pour les personnes âgées.

3 : Fondations du système de santé français

3.1 Présentation

Lorsqu'on parle de système de santé et de protection sociale, deux modèles fondateurs se dégagent :

- Le modèle Bismarckien, basé sur une protection sociale accessible par le travail, avec une socialisation du risque et une participation financière de l'employeur et du salarié.
- Le modèle Beveridgien, qui permet l'accès à la protection sociale pour tous, indépendamment de l'emploi, sans notion de ticket modérateur, avec un financement par l'impôt et une gestion assurée par l'État.⁷

3.2 La Sécurité Sociale (1945)

La Sécurité Sociale, telle que nous la connaissons aujourd'hui, fut créée en 1945. Elle est définie par son fondateur, Pierre Laroque, comme « la garantie donnée à chacun qu'il disposera en toutes circonstances d'un revenu suffisant pour assurer à lui-même et à sa famille une existence décente ou à tout le moins un minimum vital »⁸.

Le système de Sécurité Sociale français s'inspire initialement du modèle Bismarckien. Cependant, les ressources issues du travail se sont montrées plus rares et insuffisantes au maintien du système bismarckien pur, amenant ainsi l'état à mettre en place des taxes et impôts pour financer le système. On se rapproche alors plus d'un système beveridgien, aboutissant ainsi à un système « hybride »⁹. De nombreuses lois de santé ont jalonné pour aboutir au système tel que nous le connaissons aujourd'hui.

⁷ Mossé, « Bismarck et Beveridge : des prototypes aux archétypes ».

⁸ Montalembert et Laroque, *La protection sociale face à ses défis*.

⁹ Mossé, « Bismarck et Beveridge : des prototypes aux archétypes ».

3.3 Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (ou loi Kouchner du 4 mars 2002)

La loi du 4 mars 2002 a vu le jour sous la présidence de Jacques Chirac. Elle a pour but de mieux répondre aux attentes des patients, d'améliorer leurs droits et de définir le rôle des professionnels de santé. Concrètement, elle régit le droit à l'information des patients, l'accès au dossier médical si le patient en fait la demande, l'indemnisation en cas d'accident fautif ou non, et le consentement éclairé.¹⁰

3.4 Loi relative à la Politique de Santé Publique (9 août 2004)

La loi relative à la Politique de Santé Publique définit la responsabilité de l'État vis-à-vis de la santé de la population. Elle fixe des objectifs pour améliorer la santé publique en réduisant la mortalité évitable et les inégalités de santé et en prenant en compte les déterminants de santé dans leur globalité. Cette loi constitue une avancée majeure et très attendue par les professionnels de santé puisqu'elle s'intéresse aux facteurs de risque des maladies.

3.5 Loi Bachelot Hôpital Patient Santé Territoire (ou loi HPST du 21 juillet 2009)

Cette loi définit l'organisation du système de santé. Elle met en place une idée de complémentarité et de coopération entre les différents acteurs du système de santé. Il s'agit d'opérer une réorganisation globale du système de santé, en luttant contre les déserts médicaux, en décroissant les soins ambulatoires et en améliorant l'efficacité des hôpitaux. Elle comporte quatre titres : la modernisation des établissements de santé, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique, et enfin l'organisation territoriale du système de santé. Ce dernier titre concerne la coordination du système de santé dans sa globalité, réformée par la création des agences régionales de santé (ARS).

¹⁰ Cardin, « La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner" ».

4 : Organisation du système de santé et institutions

Comme l'a fixé la loi relative à la politique de Santé Publique, l'Etat est garant de l'état de santé de la population et de l'amélioration constante du système de santé. Il doit réduire les inégalités et favoriser l'accès à tous sur l'intégralité du territoire. Il exerce son rôle soit directement, soit par l'intermédiaire d'institutions.

4.1 Un système structuré en trois niveaux

L'organisation du système de santé français s'opère à plusieurs niveaux : national, régional et local. Chaque niveau est constitué de différents organismes et institutions répondant chacun à des missions et objectifs précis.

4.1.1 Niveau national

Les acteurs principaux au niveau national sont le Ministère des Solidarités et de la Santé ainsi que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

4.1.1.1 Le Ministère des Solidarités et de la Santé

Le ministère assure le pilotage et la mise en œuvre des politiques de santé publique, de veille et de sécurité sanitaire, la supervision de l'ensemble des établissements de soins et la formation des professionnels de santé ainsi que le soutien financier aux établissements sanitaires et médico-sociaux. Le ministère coordonne également les organismes d'assurance maladie, la fixation des tarifs des prestations médicales de base (soins opposables) et la maîtrise des coûts en santé.

4.1.1.2 La Caisse Nationale d'Assurance Maladie

La CNAM est un établissement public national à caractère administratif. Elle agit sous la double tutelle du ministère des Solidarités et de la santé et du ministère de l'Économie et des finances. Elle est la « tête de réseau » opérationnelle du régime d'assurance maladie obligatoire en France. Elle impulse la stratégie au niveau national, puis coordonne et appuie les organismes territoriaux qui composent son réseau¹¹.

¹¹ Assurance maladie, « La Cnam, tête de réseau ».

4.1.1.3 Le Parlement

Depuis 1996, le Parlement vote chaque année la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). L'objet principal de cette loi est de fixer l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), qui définit le niveau des dépenses de santé pour l'année à venir. L'ONDAM est décidé en parallèle de la validation d'un rapport sur les orientations de la politique de Santé Publique et de sécurité sociale. Ce budget est subdivisé en sous-objectifs qui sont principalement les soins de ville, les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux.

En 2017, l'ONDAM a été fixé à 190,7 Mds €. Comme le montre le tableau ci-dessous, l'objectif global a été respecté. Cependant, le sous-objectif concernant les établissements de santé a été dépassé.

En 2019, il est établi à 200,3 Mds €.

Tableau 2 : Objectifs fixés par l'ONDAM en 2017

Prévisions 2017	Constat 2016	Base 2017 (1)	Objectifs 2017	Prévisions 2017 (2)	Ecart à l'objectif arrêté en LFSS 2017
ONDAM TOTAL	185,2	186,7	190,7	190,7	0,0
Soins de ville	85,1	85,3	86,6	86,8	0,3
Établissements de santé	77,6	77,2	79,2	79,1	-0,1
Établissements et services médico-sociaux	17,9	19,4	20,1	20,1	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,8	8,8	9,1	9,1	0,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,2	10,6	11,0	11,0	0,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,0	3,2	3,3	3,3	0,0
Autres prises en charge	1,6	1,6	1,6	1,7	0,0

Source : Sécurité sociale, « Réalisations prévisionnelles dans le champ de l'ONDAM 2017 », 2018

4.1.2 Niveau régional

Il est le relais des politiques nationales. En effet, les actions de santé publique sont souvent conduites à l'échelle régionale. Cette délégation a pour avantage d'offrir un service de santé prenant en compte les spécificités territoriales. Par exemple, le mardi 25 juillet 2017, l'ARS Île-de-France a signé une déclaration commune avec la région Île-de-France en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA¹².

¹² Agence régionale de santé Île-de-France, « Agir contre le VIH en Île-de-France : l'ARS Île-de-France et la région signent une déclaration commune ».

4.1.2.1 Les Agences Régionales de Santé (ARS)

Les ARS, issues de la loi Bachelot du 21 juillet 2009, ont été créées en 2010. Elles sont pilotées par le Conseil National de Pilotage (CNP) et représentent le relais des politiques nationales à l'échelle régionale. Selon la loi, elles ont pour but de remédier à « la coordination insuffisante de l'ensemble des acteurs et d'une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire »¹³. Elles doivent améliorer l'efficacité du dispositif de santé régional pour réduire les inégalités sociales de santé et respecter l'ONDAM. Elles sont également chargées de la répartition des professionnels de santé sur le territoire pour réduire les inégalités et lutter contre les déserts médicaux.

Pour mener leurs actions, elles s'appuient sur différents partenaires, tels que l'Assurance Maladie, les préfets et les conseils départementaux, et également les libéraux, avec les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS).

4.1.2.2 La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS)

Sur le champ plus particulièrement social, les DRJSCS garantissent la prévention et la lutte contre les exclusions, la protection des populations vulnérables (personnes âgées dépendantes, enfants, personnes en situation de précarité), l'inclusion sociale des personnes handicapées, les actions sociales de la politique de la ville, la lutte contre les discriminations et la promotion de l'égalité des chances, la formation des professions sociales et de santé non médicales¹⁴.

4.1.2.3 Caisses Primaires d'Assurances Maladie (CPAM)

Les CPAM sont des organismes exerçant une mission de service public qui jouent un rôle essentiel dans les relations de proximité avec l'Assurance Maladie. Elles sont chargées de l'affiliation des assurés sociaux et de la gestion de leurs droits à l'assurance maladie, du traitement des feuilles de soins, du remboursement des soins, de l'avance des frais médicaux pour les patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-Ck), ainsi que les déclarations d'accident du travail ou de maladies professionnelles.

Sur le plan social, elles pilotent également l'application d'un plan d'action annuel sur la gestion du risque, en relation avec les professionnels de santé, le développement d'une politique de prévention et de promotion de la santé individualisées selon l'âge et les facteurs de risque des populations.

¹³ Légifrance, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁴ Ministère des solidarités et de la santé, « Système de santé, médico-social et social ».

Elle met en œuvre une politique d'action sanitaire et sociale par des aides individuelles aux assurés, en collaboration avec le service social des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). De plus, elle développe des actions pour prévenir la désinsertion professionnelle¹⁵.

4.1.2.4 Caisses d'Assurances Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT)

Les caisses régionales d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) sont rattachées à la CNAM afin de remplir plusieurs missions¹⁶ :

- La prévention des risques professionnels : elles développent et coordonnent la prévention des risques professionnels sur leur territoire en lien avec les acteurs de la santé au travail en région. Les ingénieurs-conseils et contrôleurs de sécurité accompagnent les entreprises dans leur démarche de prévention par des interventions directes sur les lieux de travail. Ils disposent de moyens spécifiques tels que le droit d'entrer dans les entreprises ou de demander toute mesure justifiée de prévention, d'accorder des minorations ou majorations de cotisation. Ils peuvent également proposer des actions de formation et des aides financières pour investir dans la prévention.
- L'accompagnement des assurés en difficulté (service social) : le service social de l'Assurance Maladie est coordonné au niveau régional par les CARSAT. Il propose un accompagnement de tout assuré fragilisé par une maladie, un accident ou un handicap. Ses principales missions sont de favoriser l'accès aux soins, d'accompagner les assurés en sortie d'hospitalisation, de maintenir en emploi et de prévenir la perte d'autonomie.

4.1.3 Niveau local

À l'échelle locale, le système assure la responsabilité de la prise en charge des populations aux niveaux sanitaire, médico-social ou social par le biais de différentes structures, qui peuvent être publiques ou privées.

Les hôpitaux publics sont les premiers acteurs locaux du système de soins. Ils ont pour obligation de proposer une offre de soins permanente et ouverte à tous. De plus, des hôpitaux dits « de proximité » vont être mis en place afin de garantir la pratique de soins courants, notamment en médecine générale

¹⁵ Assurance maladie, « Un réseau de proximité ».

¹⁶ Assurance maladie.

et en gériatrie par exemple. Ces hôpitaux répondent à une liste de critères précis concernant leur activité ainsi que leur territoire¹⁷.

Il existe également des Centres Municipaux de Santé. Selon le code de la Santé Publique, ce « sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins »¹⁸. Certains centres de santé consacrent leur activité aux soins dentaires, d'autres aux soins médicaux ; ils peuvent également être polyvalents. De nombreux centres accompagnent les usagers pour l'accès aux droits afin de réduire les inégalités d'accès aux soins et ainsi promouvoir la médecine sociale.

S'agissant des personnes âgées, objet de ce travail, notons les établissements d'accueil de ces personnes. Il en existe différents types dont les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; ils associent la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale, en employant des professionnels de santé et accompagnent leurs résidents dans les démarches administratives pour faire valoir leurs droits et leur donner un accès aux soins.

Les EHPAD ont un financement triple ¹⁹:

- L'Assurance Maladie qui accorde le budget consacré aux soins, au personnel soignant et aux équipements médicaux.
- Les résidents, qui financent l'hébergement. En fonction de leur situation financière, ils peuvent percevoir des aides publiques.
- Les départements, qui financent en grande partie les prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce budget est calculé en fonction du GIR des personnes résidentes.

La classification Groupes Iso-Ressources (GIR) permet de quantifier le niveau de dépendance d'une personne ²⁰:

- Le GIR 1 regroupe les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent la présence continue d'intervenants.
- Le GIR 2 correspond à deux catégories de personnes âgées dépendantes : les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, et

¹⁷ Direction générale de l'offre de soins, « La réforme des hôpitaux de proximité ».

¹⁸ Légifrance, Code de la santé publique - Article L6323-1.

¹⁹ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « Réforme tarifaire EHPAD : de quoi s'agit-il ? »

²⁰ Ministère des solidarités et de la santé, « Qu'est-ce que le GIR ? »

qui ont besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; les personnes dont les fonctions mentales sont gravement altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.

- Le GIR 3 réunit les personnes qui ont conservé leur autonomie mentale mais qui ont besoin d'être aidées tous les jours et plusieurs fois par jour pour accomplir les gestes de la vie courante (se lever, se coucher, s'habiller, aller aux toilettes...).
- Le GIR 4 correspond à deux catégories de personnes : les personnes qui ont besoin d'aide pour se lever et se coucher mais peuvent ensuite se déplacer seules à l'intérieur du logement. Une assistance leur est parfois nécessaire pour l'habillage et la toilette ; les personnes qui n'ont pas de difficultés à se déplacer mais ont besoin d'une aide pour les activités corporelles et pour les repas.
- Le GIR 5 regroupe les personnes qui ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 désigne les personnes ayant totalement conservé leur autonomie dans les actes de la vie courante.

Ainsi, le budget accordé par les départements à un EHPAD est ajusté en fonction du score GIR des patients résidant dans cet EHPAD.

4.1.4 Agences sanitaires

Dans le domaine sanitaire, les agences représentent un démembrement de l'État chargé de missions d'expertise et de régulation sanitaire. Ces structures ont été privilégiées car elles offrent une garantie d'indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics, une souplesse de gestion permettant de mobiliser rapidement du personnel qualifié et des moyens appropriés ainsi qu'une réactivité face à des crises sanitaires qui nécessitent une réponse visible vis-à-vis de la population²¹. Parmi celles-ci, nous notons l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), l'Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), l'Établissement Français du Sang (EFS), la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Institut National du Cancer (INCa), Santé Publique France et le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP).

²¹ Assemblée nationale, « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences sanitaires ».

4.2 Schéma du système de santé et médico-social français en médecine bucco-dentaire

4.2.1 Structures ambulatoires

Les soins courants sont dispensés en majorité dans des structures de ville, dites ambulatoires. On distingue principalement les cabinets privés et les centres de santé. Ces structures sont accessibles facilement et dispensent des soins de premiers recours. Elles délivrent la majeure partie des soins dentaires.

4.2.2 Établissements hospitaliers

Les établissements hospitaliers possèdent, pour certains, une offre de soins dentaires. Il faut alors distinguer les hôpitaux publics, les cliniques privées à but lucratif, et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Dans un hôpital public, le patient est pris en charge par un professionnel de santé issu de la Fonction Publique hospitalière.

Les cliniques privées sont le plus souvent constituées sous forme de sociétés au sein desquelles les professionnels de santé exercent une activité libérale. Un contrat régit les conditions financières de ce type d'activité. L'évolution récente fait apparaître un rôle croissant des financiers dans l'hospitalisation privée.

Les établissements privés d'intérêt collectif sont dirigés par une personne morale (une association, une fondation, ou une mutuelle) et ne sont pas soumis à des contraintes pour leur organisation interne. Ils ne sont pas astreints aux règles des marchés publics, et les bénéfices dégagés sont intégralement réinvestis dans l'innovation et le développement de nouveaux services au bénéfice des patients. Leur mode de financement est le même que celui des hôpitaux publics.

4.2.3 Établissements médico-sociaux

Présents sur l'ensemble des champs sanitaire, social et médico-social, les établissements médico-sociaux sont nombreux. On y trouve notamment les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), mais aussi des services de soins à domicile tels que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), l'hospitalisation à domicile (HAD) ou encore la présence à domicile (PAD).

4.3 Évolution du système

Le système évolue progressivement vers un décloisonnement des secteurs que sont la ville (offre ambulatoire), l'hôpital et le secteur médico-social. On tend vers un regroupement des acteurs de santé avec la mise en place d'une médecine de parcours qui suppose une intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé et sociaux. Dès lors, trois niveaux de prise en charge sont identifiés²² :

- les parcours de santé, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile
- les parcours de soins, qui permettent l'accès aux consultations de premier recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- Les parcours de vie, qui envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement
...

²² Michel, « Parcours de santé, de soins et de vie ».

5 : Caractéristiques du système de soins bucco-dentaires français

5.1 Offre de soins

En France, l'offre de soins est variée et le patient est libre de ses choix. Cependant, certaines structures sont plus adaptées à des populations spécifiques.

5.1.1 Offres de soins pour la population générale

Les chirurgiens-dentistes en France exercent principalement dans des cabinets libéraux (86,8 % en 2019²³). C'est par conséquent le type d'exercice le plus sollicité par la population générale. Le praticien libéral peut exercer en ayant signé ou non la convention nationale avec l'assurance maladie.

Un praticien conventionné s'engage à respecter les tarifs fixés par la sécurité sociale, indiqués dans la convention qu'il a signée. Il ne peut pratiquer des dépassements d'honoraires que sur les actes autorisés, dits non-opposables.

A l'inverse, un praticien non conventionné est libre d'appliquer les tarifs de son choix, mais avec tact et mesure. Il n'est pas tenu par la convention.

Le chirurgien-dentiste peut également être salarié. Il peut être employé dans un cabinet libéral, ou bien dans un centre de santé dentaire. Au sein de ces derniers, en général, plusieurs praticiens exercent sous le même statut dans des locaux équipés de plusieurs fauteuils. La proportion des chirurgiens-dentistes salariés est de 13,2 % en 2019.

Il est également possible pour les patients de se tourner vers les centres hospitaliers ou hospitalo-universitaires, où ils sont pris en charge respectivement par des praticiens hospitaliers salariés de l'assistance publique ou par des externes/internes en cours de formation encadrés par un corps d'enseignants.

²³ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Répartition de la population des chirurgiens-dentistes ».

5.1.2 Offres de soins spécifiques aux personnes âgées

Les personnes âgées représentent une population spécifique qui nécessite parfois des soins particuliers. Plus le patient âgé est dépendant, plus l'offre de soins doit être adaptée.

Ces patients peuvent être pris en charge au sein de structures privées ou publiques. Cependant, de nombreux cabinets ne bénéficient pas encore des conditions d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite. Pourtant, la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »²⁴ contraint les professionnels à aménager leurs cabinets pour garantir l'accès aux personnes à mobilité réduite. Ceci constitue une différence d'accès pour les personnes handicapées et âgées ayant des difficultés à se déplacer.

Le Conseil Départemental de l'Ordre met à disposition des praticiens des malles de matériel permettant de réaliser des soins à domicile pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer.

Il existe un vrai besoin pour les personnes hospitalisées au long cours ; ainsi, des praticiens exercent dans les services hospitaliers pour assurer leur prise en charge.

Il en est de même pour les résidents en EHPAD, qui peuvent dans certains cas bénéficier de soins sur place avec des équipes mobiles. Certains EHPAD financent dans leurs locaux un cabinet dentaire afin d'assurer la prise en charge de leurs résidents²⁵. En cas d'impossibilité de soins au fauteuil, il est possible de les prendre en charge sous anesthésie générale dans des structures dédiées, peu nombreuses.

5.2 Les professionnels en médecine bucco-dentaire

5.2.1 Les chirurgiens-dentistes

La formation initiale des chirurgiens-dentistes en France dure six années, réparties en trois cycles²⁶ :

- Le premier cycle équivaut à six semestres dont les deux premiers constituent la première année commune aux études de santé (PACES).
- Le second cycle comporte quatre semestres.

²⁴ Légifrance, Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

²⁵ Ratel, « Quand les Ehpads ouvrent leur cabinet dentaire ».

²⁶ Ordre national des chirurgiens-dentistes, « Organisation des études et programme de formation ».

- Le troisième cycle, court (un an) ou long (trois ou quatre ans). À l'issue de ce troisième cycle et de la soutenance de thèse est remis le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire.

La formation clinique s'installe au fur et à mesure des années. La première année (PACES) est uniquement théorique et ne donne accès au cursus qu'après obtention du concours. Les deux années suivant la PACES sont composées d'enseignements théoriques à la faculté ainsi que de stages cliniques d'observation en service hospitalier. Les années du deuxième cycle associent à la formation théorique une formation clinique en service hospitalier.

5.2.1.1 Troisième cycle court

Dans le cas d'un troisième cycle court, la formation devient essentiellement clinique. Pendant un an, l'étudiant en dernière année continue son stage clinique en service hospitalier, en parallèle d'un stage actif extérieur à l'hôpital (en cabinet dentaire libéral le plus souvent). L'étudiant est alors salarié tant qu'il n'a pas soutenu sa thèse d'exercice. Ce n'est qu'après cette soutenance qu'il est possible d'exercer en tant que professionnel libéral.

5.2.1.2 Troisième cycle long

Dans le cas d'un troisième cycle long, la formation dure jusqu'à dix années. Elle devient hospitalière à temps plein, pendant trois ou quatre années supplémentaires. Pour accéder à ce cycle long, il est nécessaire de présenter le concours de l'internat en odontologie, qui peut conduire à trois spécialités différentes : l'orthodontie (trois ans), la chirurgie orale (quatre ans) et la médecine bucco-dentaire (trois ans). Les étudiants ayant réussi ce concours ont la possibilité de postuler, en parallèle, à différents diplômes universitaires pour compléter leur formation. A l'issue de celle-ci, ils obtiennent un diplôme de spécialiste qui, dans le cas des internes en chirurgie orale et en orthodontie, implique un renoncement aux soins en dehors de leur spécialité. Les spécialistes en médecine bucco-dentaire peuvent cependant exercer en tant qu'omnipraticien.

5.2.2 Les assistantes/hygiénistes dentaires en France

La profession d'hygiéniste dentaire existe dans de nombreux pays Européens, ainsi qu'aux États-Unis, ou encore au Canada. Ces professionnels ont des compétences en termes d'actes de prévention tels que les détartrages ou pour la prise de clichés radiographiques.

Au Québec, « l'hygiéniste dentaire est un professionnel de la santé qui joue un rôle primordial dans l'éducation de la population afin de favoriser l'acquisition, le contrôle et le maintien d'une bonne santé

buccodentaire »²⁷. Ils représentent une profession à part entière, avec un Ordre et un Code de Déontologie. 92 % des hygiénistes travaillent dans un cabinet dentaire de groupe au sein duquel ils sont chargés de l'enseignement et l'éducation à l'hygiène orale. 5 % d'entre eux travaillent en santé dentaire publique pour intervenir directement auprès des individus (écoles primaires et secondaires, groupes de parents, personnes âgées) dans le but de les sensibiliser à l'hygiène orale et à l'interdépendance entre la santé dentaire et la santé générale.

Leur statut varie selon les pays. Leur formation est différente de celle de chirurgien-dentiste. En Suisse par exemple, elle dure trois ans dont un an de stage en cabinet dentaire.

En France, la profession d'hygiéniste n'est pas d'actualité. Cependant, une évolution de la profession d'assistant dentaire est en cours. En effet, l'arrêté du 8 juin 2018 relatif à la formation conduisant au titre d'assistant dentaire²⁸ introduit la notion de délégation des tâches aux assistants dentaires. Ceux-ci pourraient obtenir une qualification de niveau 2 (ADQ2), leur permettant de réaliser un certain nombre d'actes.

Une assistante dentaire ne pourrait devenir ADQ 2 qu'après avoir travaillé trois années dans un cabinet dentaire et après avoir suivi une formation de deux ans et environ 800 heures au sein d'un organisme de formation agréé. Les ADQ 2 pourraient réaliser des actes tels que le détartrage, la pose de sealants, la prise d'empreintes d'études, l'application de fluor, l'éclaircissement, la dépose de sutures, ou encore des clichés radiographiques.

²⁷ Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, « Qu'est-ce qu'un hygiéniste dentaire ».

²⁸ Légifrance, Arrêté du 8 juin 2018 relatif à la formation conduisant au titre d'assistant dentaire.

6 : Prise en charge de la santé bucco-dentaire des Français

6.1 Financement des soins en France

En France, la sécurité sociale permet une prise en charge des soins de base pour la population. Elle « est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes »²⁹.

6.1.1 La Sécurité Sociale

Souvent qualifiée d'« assurance maladie obligatoire », elle est composée de deux régimes généraux ainsi que de régimes spéciaux³⁰. Chaque régime regroupe des populations en fonction des catégories socioprofessionnelles. Il existe :

- le régime général, constitué par la majorité de la population française. Il comprend initialement les salariés et les personnes résidentes, ainsi que les travailleurs indépendants (depuis 2018).
- le régime agricole, qui regroupe les personnes travaillant dans le domaine de l'agriculture.
- des régimes spéciaux pour certaines professions particulières comme les marins, la SNCF, la RATP, l'Assemblée Nationale ...

La gestion de chacun de ces régimes est différente, mais la prise en charge chez les professionnels de santé est la même.

On distingue deux types d'actes : les actes opposables et non-opposables :

- Les actes opposables sont des actes dont le tarif est fixé par l'Assurance Maladie et sur lesquels les professionnels de santé n'ont pas le droit de pratiquer de dépassement d'honoraires.
- Les actes non-opposables sont les actes pour lesquels les dépassements d'honoraires sont autorisés. Le praticien fixe alors comme il le souhaite le tarif de ses prestations, toujours avec tact et mesure selon le Code de Déontologie.

Dans le cas d'un praticien conventionné, le remboursement des soins s'élève à 70 % des tarifs conventionnels. Ainsi, pour un patient ne disposant pas de complémentaire santé, les 30 % restants seront à sa charge. En cas de dépassement d'honoraires sur les actes non-opposables, c'est la base des

²⁹ Légifrance, Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.

³⁰ Assurance maladie, « Notre environnement : la sécurité sociale ».

tarifs conventionnels qui reste la référence. Le remboursement par l'Assurance Maladie reste donc identique car les dépassements d'honoraires ne sont jamais pris en charge³¹.

Dans le cas d'un praticien non conventionné, la base de remboursement des soins n'est plus la même. La sécurité sociale se base alors sur un tarif dit « d'autorité », qui représente 16 % des tarifs conventionnels. Le montant du remboursement est donc très inférieur à celui des praticiens conventionnés. Les dépassements d'honoraires peuvent toutefois être pris en charge par certaines complémentaires santé en fonction du contrat souscrit.

Dans le cas de patients souffrant d'une ALD, ou en cas d'accident du travail, les soins sont remboursés à 100 % du tarif conventionnel. Les ALD sont des « affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé »³². Elles sont répertoriées et sont au nombre de 30 (Annexe 1).

6.1.2 Complémentaires Santé

Les complémentaires santé se présentent sous trois formes principales : les mutuelles, les assurances complémentaires et les institutions de prévoyance³³. Ces dernières ont pour but de couvrir les risques de maladie, d'invalidité, de dépendance ou de décès. Elles ne participent pas au remboursement des soins médicaux. Les mutuelles et les assurances complémentaires permettent une prise en charge totale ou partielle du reste à charge des patients. Elles remboursent les 30 % des tarifs conventionnels, appelés « ticket modérateur », et éventuellement au-delà en fonction du contrat souscrit par l'assuré ou son employeur. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2016, toute entreprise doit proposer à ses salariés une complémentaire santé dont elle finance au moins 50 % du contrat.

Cependant, même si les mutuelles et les assurances complémentaires ont le même objectif, elles se distinguent de différentes manières :

- les mutuelles sont des sociétés de personnes à but non lucratif, régies par le code de la mutualité. Chaque adhérent participe de façon égale aux décisions de la société. Elle est financée par les cotisations des adhérents sans objectif de bénéfice.

³¹ Assurance maladie, « Soins et prothèses dentaires ».

³² Assurance maladie, « Définition de l'ALD ».

³³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties », 2016.

- les assurances santé sont des sociétés privées, à but lucratif, régies par le code des assurances. Les décisions au sein de la société sont prises par les actionnaires et non par les assurés. Il s'agit d'un contrat payant qui prend en compte l'état de santé de l'individu et sa consommation de soins pour évaluer le montant de la cotisation.

6.1.3 Financements publics

Pour favoriser l'accès aux soins, le gouvernement a mis en place des dispositifs pour permettre un accès à une complémentaire santé aux personnes qui ont des difficultés financières ou celles qui présentent un statut particulier.

6.1.3.1 Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)

La loi du 27 juillet 1999 a instauré la couverture maladie universelle (CMU) (remplacée par la Protection Universelle Maladie en 2016) ainsi que la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)³⁴. Cette dernière a permis aux personnes à faibles revenus d'obtenir une complémentaire santé gratuite. Les bénéficiaires sont ainsi remboursés à 100 % des tarifs conventionnels.

Elle inclut également de nombreux avantages :

- prise en charge des prothèses dentaires, oculaires et auditives
- dispense d'avance des frais chez les professionnels de santé
- les professionnels ne peuvent pas pratiquer de dépassement d'honoraires
- exonération de la participation forfaitaire de 1 €
- exonération des franchises médicales

Pour en bénéficier, il faut résider en France de manière stable et régulière, et avoir des revenus inférieurs à un plafond fixé chaque année. Ce plafond pour une personne est de 8951 € en 2019 en métropole. La CMU-C est accordée pour un an et doit être renouvelée.

6.1.3.2 Protection Universelle Maladie (PUMa)

La protection universelle maladie permet une prise en charge des frais de santé en cas de changement de situation professionnelle, familiale ou de résidence³⁵. Elle remplace l'ancienne Couverture Maladie Universelle (CMU) depuis 2016. Pour en bénéficier, il faut uniquement travailler ou résider de manière stable et régulière en France. Elle offre les mêmes prestations concernant le remboursement de soins

³⁴ Verniolle, « L'accès à la complémentaire santé pour les personnes disposant de faibles ressources : la CMU-C et l'ACS ».

³⁵ Service public, « Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ? »

que la Sécurité Sociale, et ce, même en période d'interruption des droits à l'assurance maladie obligatoire.

6.1.3.3 Aide Médicale d'État (AME)

Introduite par la loi du 27 juillet 1999, l'AME est un dispositif permettant l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière sur le territoire français, depuis au moins 3 mois pour les personnes majeures et sans délai pour les mineurs. Le bénéficiaire ne doit pas dépasser un certain plafond de ressources, qui s'élève à 8951 € en 2019³⁶. Elle est attribuée pour un an. L'AME :

- donne droit à une prise en charge à 100 % des soins médicaux dans la limite des tarifs conventionnels
- dispense de l'avance des frais médicaux
- est possible pour les enfants à charge de moins de 16 ans (jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études)

6.1.3.4 Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

L'ACS a été créée par la loi du 13 août 2004³⁷. Elle représente une aide au paiement d'un contrat de complémentaire santé pour les personnes en situation de précarité. Pour en bénéficier, il faut être résident régulier et stable en France, et avoir des niveaux de revenus supérieurs au plafond de la CMU-C, mais inférieurs à ce même plafond majoré.

Ainsi, lors de sa mise en application en 2005, il fallait avoir des revenus compris entre 100 % et 115 % de ce plafond. Aujourd'hui, il faut se situer entre 100 % et 135 % du plafond CMU-C (8951 €), soit 12 084 € annuels.

Cependant, tous les contrats de complémentaires santé sont éligibles. L'ACS est réservée à des contrats sélectionnés par une mise en concurrence. Le plafond de l'ACS est le montant de la cotisation du contrat. En fonction des revenus du bénéficiaire, elle peut prendre en charge en partie ou complètement la cotisation annuelle. En moyenne, elle prend en charge la moitié. Comme la CMU-C, l'ACS est valable un an et renouvelable.

³⁶ Service public, « Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? »

³⁷ Verniolle, « L'accès à la complémentaire santé pour les personnes disposant de faibles ressources : la CMU-C et l'ACS ».

6.1.3.5 Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

La PASS a été créée par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. Elle permet l'accès aux soins des personnes exclues du système de santé, du fait de leur situation économique ou de leur statut sur le territoire français (migrants, demandeurs d'asile)³⁸. La PASS constitue une offre de soins ambulatoires prise en charge à 100 %, aussi bien pour des soins généralistes que spécialisés. En effet, il existe des PASS médicales mais aussi psychiatriques (hôpital Henri-Mondor), dermatologiques (hôpital Saint Louis), et également bucco-dentaires (hôpital Louis-Mourier, La Pitié-Salpêtrière) à Paris³⁹.

Les dossiers des patients concernés par la PASS sont évalués par les service sociaux qui les guident dans leurs démarches administratives et dans l'obtention de leurs droits. La PASS permet d'accéder à :

- des consultations en médecine générale et spécialisée
- des soins bucco-dentaires
- des soins infirmiers
- des examens complémentaires
- des médicaments

Pour bénéficier d'une prise en charge bucco-dentaire en PASS, le dossier du patient est examiné par une commission d'attribution des aides qui accepte ou non cette prise en charge.

6.1.4 Reste à charge

En fonction de la situation du patient, le reste à charge évolue.

Pour une personne bénéficiant uniquement de la sécurité sociale, le reste à charge est de 30 % des tarifs conventionnels, auxquels s'ajoute le dépassement d'honoraires éventuel du praticien.

Si une personne a souscrit un contrat de complémentaire santé (auprès d'une mutuelle ou d'une assurance privée), l'intégralité du tarif conventionnel lui est remboursée, mais le remboursement des dépassements d'honoraires varie en fonction des termes du contrat. Il peut ainsi être total ou partiel.

³⁸ Pfister, Guiboux, et Naitali, « Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner ».

³⁹ Assistance publique-hôpitaux de Paris, « Permanences d'accès aux soins de santé à l'AP-HP ».

6.2 Tarifs : évolution actuelle de la nomenclature – Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Les tarifs des soins conservateurs, extractions dentaires, radiographies et des soins de prophylaxie sont fixés par la Sécurité Sociale, interdisant tout dépassement d'honoraires. Jusqu'en avril 2019, d'autres soins tels que les soins prothétiques ou les soins de parodontologie étaient à tarif libre. Le praticien pouvait déterminer le montant de ses honoraires, à condition de le faire avec tact et mesure comme le précise le code de déontologie des chirurgiens-dentistes.

Depuis le 1^{er} avril 2019, le gouvernement Macron a mis en place la réforme « 100 % santé », ayant comme objectif de rembourser l'intégralité des dépenses de santé liées à l'audiologie, l'optique et les soins dentaires après intervention des organismes d'assurances maladie obligatoire et complémentaire.

Les patients sont ainsi en droit de choisir parmi trois « paniers de soins » : un panier libre, un panier modéré, et un panier dit « reste à charge 0 (RACO) », et par conséquent parmi trois prestations et trois niveaux de remboursements. Dans le panier RACO, le patient est intégralement remboursé. À l'inverse, dans le panier libre, le patient peut ne pas être totalement remboursé car les tarifs pratiqués par le praticien sont libres.

Prenons l'exemple d'une personne bénéficiant de la sécurité sociale, et ayant souscrit un contrat auprès d'une mutuelle. Concernant les soins à tarifs opposables, le chirurgien-dentiste ne réalise pas de devis car le dépassement d'honoraires n'est pas autorisé. Après réalisation des soins, un relevé d'actes réalisés est télétransmis à la sécurité sociale, puis adressé directement à la mutuelle. Le remboursement de la sécurité sociale est de 70 % du montant facturé des actes réalisés, et la mutuelle complète les 30 % restants. Ainsi, le reste à charge du patient est nul.

Concernant les soins à tarifs libres, le chirurgien-dentiste doit réaliser un devis lorsque le montant de ceux-ci dépasse 70 €. La part de remboursement de la sécurité sociale reste la même : 70 % des tarifs conventionnels. Pour la part de remboursement de la mutuelle, celle-ci est au minimum de 30 % des tarifs conventionnels, et peut aller au-delà en fonction du contrat souscrit.

Il est souhaitable que le patient adresse son devis à la mutuelle pour connaître le montant exact du remboursement. En effet, les contrats sont souvent complexes et peu clairs. On y trouve des pourcentages de remboursements, mais souvent la base utilisée pour ce pourcentage n'est pas évidente. Ainsi, une mutuelle qui rembourserait à hauteur de 200 % sur la base du tarif conventionnel

ne rembourserait pas la même somme qu'une autre qui se baserait sur le remboursement de la sécurité sociale, ou encore sur le ticket modérateur.

Dans le cas où la mutuelle ne rembourse pas l'intégralité des soins, c'est au patient d'assumer le reste à charge.

6.3 Avantages et inconvénients du système de santé bucco-dentaire

6.3.1 Avantages

Le système de santé français accorde une importance particulière aux droits des malades. Il s'impose comme étant un système social et solidaire, axé principalement sur l'accès aux soins pour tous. C'est dans cette optique qu'ont été créées les différentes structures d'aide à la prise en charge des soins..

Dans la même idée, les tarifs opposables permettent à la population générale de consulter un praticien sans risque de discrimination financière. Cela permet un accès à la prévention d'une part et d'autre part diminue le renoncement aux soins pour motif financier.

6.3.2 Inconvénients

L'inconvénient majeur est économique. Un système de santé social avec des besoins de soins croissants nécessite un financement conséquent. Cela se traduit par des cotisations lourdes pour les Français : cotisations sociales, contribution sociale généralisée (CSG), impôts et taxes, et autres sources⁴⁰.

L'instauration des différents paniers de soins accentue la notion de médecine à deux vitesses : les patients bénéficiant de moyens économiques plus élevés peuvent bénéficier de soins de meilleure qualité. À l'inverse, les personnes à faible revenu auront malheureusement un choix limité dans les prestations possibles.

De plus, les tarifs opposables sont complètement déconnectés de la réalité économique du domaine dentaire. En effet, aussi bien en milieu hospitalier qu'en cabinet libéral, les charges sont très élevées : personnel, matériel, stérilisation, consommables, etc... Les praticiens sont contraints de pratiquer des tarifs plus élevés sur les actes à honoraires libres, ce qui permet d'équilibrer financièrement leur

⁴⁰ Sécurité sociale, « Les sources de financement de la Sécurité sociale ».

activité. Cette situation alimente le renoncement aux soins, ce qui va à l'encontre de la politique souhaitée par les pouvoirs publics.

Enfin, les actes de prévention ont pendant longtemps été sous-évalués. Cela tend à changer depuis la mise en place de la nouvelle convention appliquée depuis le 1^{er} avril 2019 qui a instauré une revalorisation de certains actes. Par exemple, les scellements de sillons sur les molaires sont remboursés jusqu'à 16 ans au lieu de 14 ans. Leur tarif a été revalorisé de 20 %. Les séances de fluoruration à une fréquence biannuelle sont également prises en charge pour les enfants entre 6 et 9 ans.

Le programme M'T Dents qui offrait une consultation sans avance de frais aux enfants de 6, 9, 12, 15 et 18 ans a été étendu aux enfants de 3, 21 et 24 ans depuis le 1^{er} janvier 2018 pour promouvoir la prévention.

Ces revalorisations, bien qu'encore éloignées des attentes de la profession, traduisent la volonté des pouvoirs publics de développer la prévention primaire.

7 : Illustration par la situation des personnes âgées en France

Une étude de l'état de santé bucco-dentaire d'une population âgée hospitalisée en unité de soins de longue durée à l'hôpital Corentin Celton a été réalisée pour illustrer l'efficacité du système de santé français.

7.1 Présentation du service de gériatrie de l'hôpital Corentin Celton

L'hôpital Corentin Celton, AP-HP, se situe à Issy-Les-Moulineaux, dans les Hauts-de-Seine. Il constitue les hôpitaux universitaires Paris Ouest avec les hôpitaux Georges Pompidou et Vaugirard-Gabriel-Pallez. Il comprend des services de gériatrie, psychiatrie, addictologie, et réadaptation. Les patients sont répartis dans deux bâtiments divisés en maisonnées. L'hôpital dispose de 478 lits et 66 places d'hôpital de jour.

Dans le service de médecine sociale, un fauteuil dentaire a été installé permettant de prendre en charge exclusivement les patients hospitalisés. Ces patients sont adressés par les médecins soit pour une urgence, soit pour des bilans infectieux avant la mise en place de traitements particuliers tels que les bisphosphonates.

Chaque année, un binôme d'externes en odontologie effectue un stage de santé publique dans cet hôpital. Ces étudiants sont chargés de réaliser des dépistages en chambre dans le service de soins de longue durée. Les patients bénéficient d'une prise en charge si nécessaire et ensuite d'un suivi régulier.

7.2 Méthodologie d'étude

7.2.1 Population cible

La population étudiée est composée exclusivement de personnes âgées hospitalisées en unité de soins de longue durée dans le service de gériatrie. Les autres services de l'hôpital tels que la psychiatrie ne sont pas concernés. L'objectif est de mettre en évidence la prise en charge et le suivi de ces patients

afin de dégager des pistes de réflexion en comparant les résultats obtenus à ceux d'une population similaire en Suède.

7.2.2 Méthode

Les données relevées sur une fiche standardisée (**Annexes 2 et 3**) ont été recueillies dans un premier temps en chambre. L'examen clinique est réalisé avec une sonde et un miroir, à l'aide de lampes frontales.

En amont, un interrogatoire porte sur la demande éventuelle du patient, la consistance des repas qui lui sont proposés, ses méthodes d'hygiène, la date de sa dernière consultation chez un chirurgien-dentiste. Les données suivantes sont ensuite recueillies :

- Données cliniques : présence de tartre, plaque dentaire, débris alimentaires, candidose, l'atteinte parodontale, les mobilités dentaires.
- Examen des prothèses amovibles
- Schéma dentaire avec les dents absentes, les restaurations, les caries et/ou usures dentaires
- Besoins de soins

Les patients nécessitant des soins sont examinés au fauteuil dans l'unité d'odontologie afin de compléter l'examen clinique ; une radiographie panoramique est parfois demandée.

Dans l'examen clinique, les mobilités dentaires ont été classées selon la règle suivante :

- absence de mobilité
- présence de mobilités localisées lorsque moins de 30 % des dents présentes sont touchées
- mobilités totales lorsque toutes les dents sont mobiles

Lors de la détermination des besoins de soins, les patients nécessitant un simple détartrage faisant partie d'une maintenance parodontale n'ont pas été comptabilisés. Seuls ceux qui nécessitent des soins restaurateurs, endodontiques, chirurgicaux, prothétiques ou encore parodontaux tels que les surfaçages ont été catégorisés comme nécessitant des soins.

Dans cette population âgée, on observe souvent des patients atteints de troubles cognitifs rendant l'interrogatoire, l'observation et la prise de clichés radiographiques parfois difficile voire impossible, menant ainsi à des refus d'exams et de soins.

7.2.3 Indices utilisés

Différents indices ont été utilisés :

- Le CAO, qui comptabilise le nombre de dents Cariées, Absentes et Obturées. Le nombre de dents absentes tient compte des dents à l'état de racines, des dents incluses, et exclut les dents de sagesse. Le calcul de cet indice se fait en additionnant les trois valeurs obtenues après examen clinique et radiographique. Une personne détenant classiquement 28 dents, le score CAO ne peut pas dépasser 28. Il est égal à 0 lorsqu'il n'y a aucune dent cariée, absente ou obturée.
- Le XBI comptabilise le nombre de dents remplacées par une prothèse amovible, un intermédiaire de bridge ou un implant ; il est le reflet de l'état prothétique⁴¹. Le calcul de cet indice se fait sur 28 dents, en additionnant les trois valeurs obtenues après examen clinique et radiographique. Une personne appareillée avec des prothèses complètes bi-maxillaires aura un XBI de 28, tandis qu'une personne ayant toutes ses dents naturelles aura un XBI égal à 0.
- Le coefficient masticatoire (CM) quantifie la capacité d'un individu à mastiquer en fonction du nombre de dents fonctionnelles présentes. Chaque dent a une valeur en pourcentage (entre 1 % et 5 %) en fonction de son importance dans la mastication. Le coefficient masticatoire se calcule ainsi en faisant la somme de ces valeurs. Les dents remplacées prothétiquement ainsi que les dents de sagesse sont prises en compte dans cet indice, car elles participent à la mastication. Les dents sans antagonistes ou à l'état de racines n'ont aucune valeur car elles n'apportent rien en termes de fonction masticatoire. Les valeurs de chaque dent sont indiquées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Valeurs des dents dans le coefficient masticatoire

2	5	5	3	3	4	1	2	2	1	4	3	3	5	5	2
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
3	5	5	3	3	4	1	1	1	1	4	3	3	5	5	3

Source : Auteur, 2019

⁴¹ Danguy et al., « Amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de précarité, « des soins pour tous » ».

7.3 Résultats

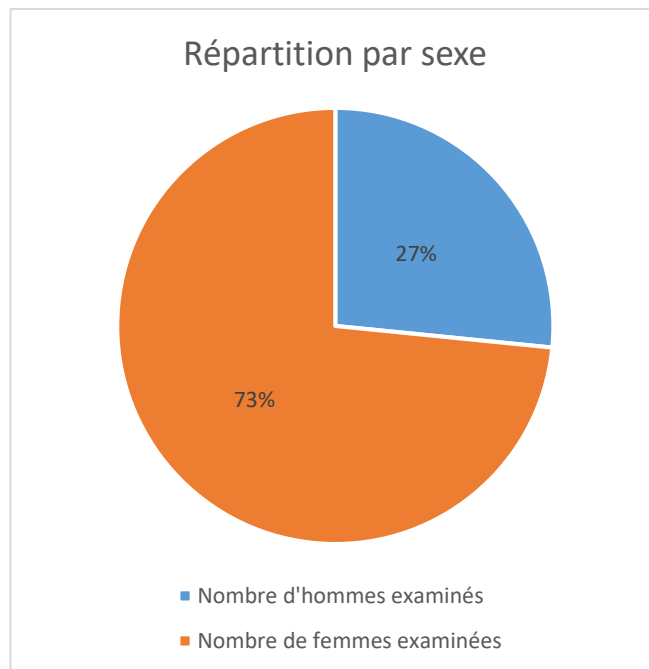
7.3.1 Description de la population

Il y a 108 patients hospitalisés dans le service en soins de longue durée mais seuls 79 patients ont pu être examinés. Les patients inclus dans l'étude sont âgés de plus de 60 ans. La moyenne d'âge des patients inclus est de 87,5 ans. Les plus de 60 ans représentent environ 26 % de la population générale française. Leur moyenne d'âge pondérée en 2018 est de 72,3 ans.

Le graphique ci-dessous montre la répartition par sexe dans la population étudiée. Les femmes représentent 73 % de la population, et les hommes 27 %. En France en 2018, les femmes représentent 55,8 % des plus de 60 ans, et les hommes 44,2 %⁴².

Selon l'INVS, les maladies d'Alzheimer et autres démences touchent deux fois plus les femmes. De plus, leur espérance de vie est supérieure (85,3 ans contre 79,4 ans). L'hôpital Corentin Celton étant un hôpital essentiellement gériatrique et psychiatrique, cela explique la part plus importante de femmes dans la population étudiée.

Figure 3 : Répartition par sexe

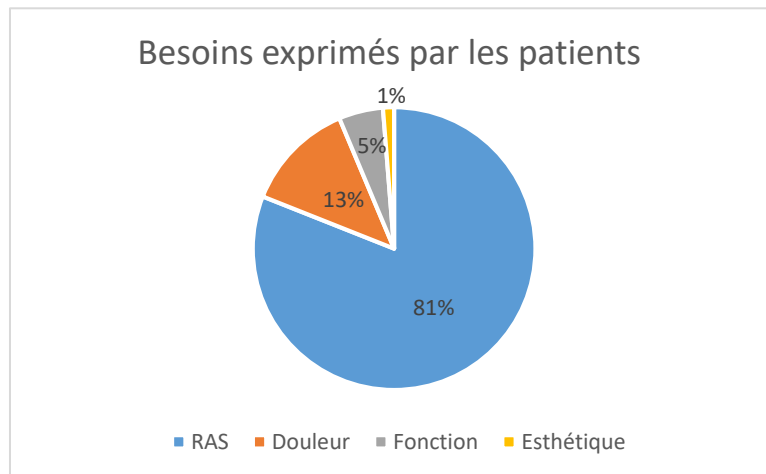


Source : Auteur, 2019

⁴² Institut national de la statistique et des études économiques, « Population par sexe et groupe d'âges en 2019 ».

La répartition des besoins exprimés par les patients est représentée par le graphique ci-dessous. 81 % des patients examinés n'ont pas de demande particulière. Seulement 13 % des patients expriment une douleur, 5% un inconfort fonctionnel et 1 % une gêne esthétique.

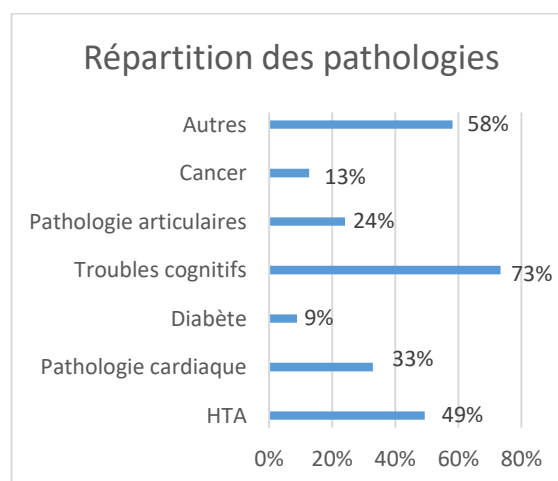
Figure 4 : Besoins exprimés par les patients



Source : Auteur, 2019

Le diagramme ci-dessous indique la part de la population présentant les pathologies le plus souvent rencontrées chez le sujet âgé. Les troubles cognitifs sont relevés chez 73 % des patients ; 49 % d'entre eux ont une hypertension artérielle ; 33 % ont une pathologie cardiaque ; 24 % ont une pathologie articulaire ; 13 % présentent un cancer ; 9 % sont diabétiques. 58 % des patients ont des pathologies autres que celles mentionnées plus haut.

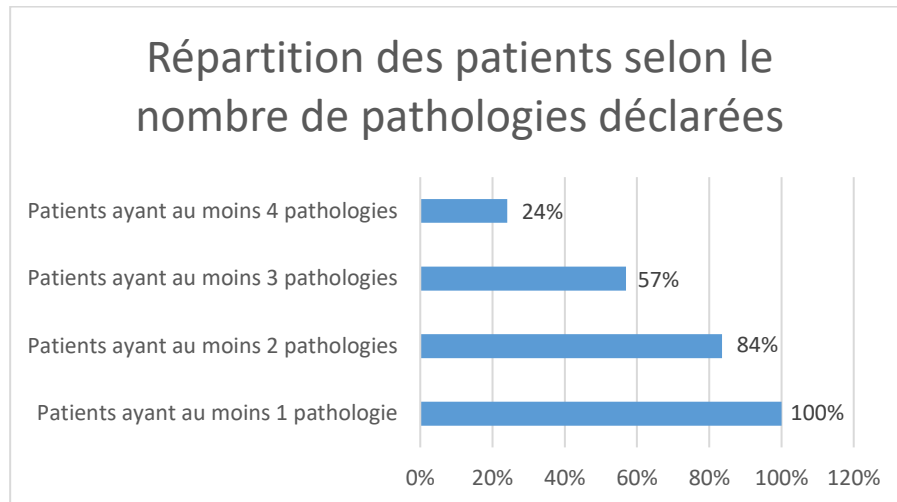
Figure 5 : Répartition des pathologies



Source : Auteur, 2019

100 % des patients présentent au moins une pathologie, 84 % des patients en présentent au moins deux, 57 % en présentent au moins trois et 24 % au moins quatre.

Figure 6 : Répartition des patients selon le nombre de pathologies déclarées

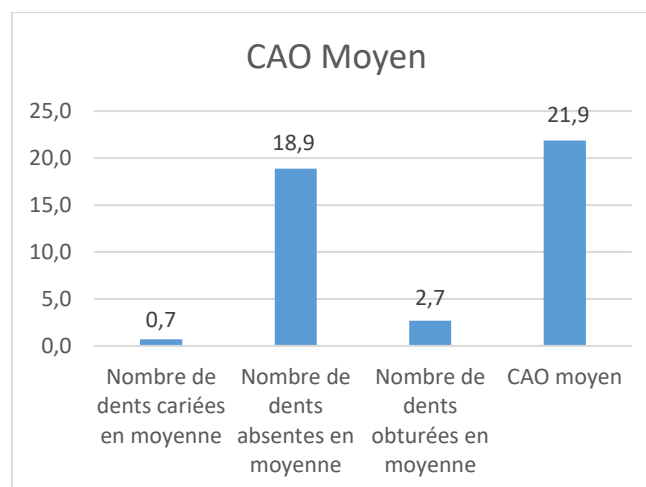


Source : Auteur, 2019

7.3.2 État oral

Le nombre moyen de dents cariées, absentes et obturées a été déterminé pour calculer un CAO moyen sur l'ensemble des patients examinés. Le CAO moyen est de 21,9, essentiellement à cause d'un nombre moyen de dents absentes par patient très important (18,9 dents), comme le montre le graphique ci-dessous.

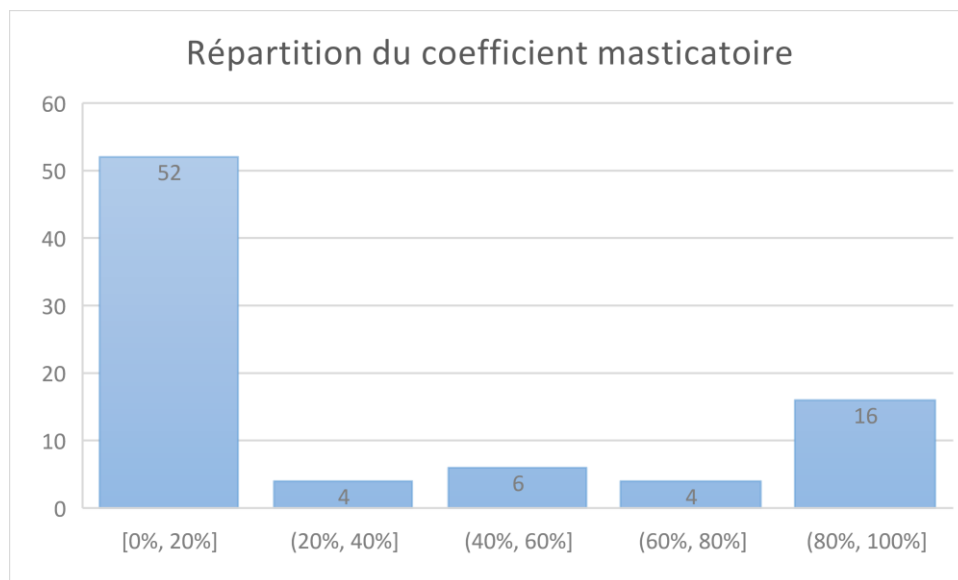
Figure 7 : CAO moyen



Source : Auteur, 2019

Le coefficient masticoire a été calculé pour chaque individu de la population. Il est en moyenne de 28 %, avec 51 patients qui ont un coefficient masticoire entre 0 et 20 %, 4 entre 20 et 40 %, 6 entre 40 et 60 %, 4 entre 60 et 80 %, et 16 entre 80 et 100 %. 39 patients ont un coefficient masticoire égal à 0, soit 49 % de la population. Le nombre d'édentés totaux ou subtotaux parmi les patients examinés est de 22, soit 28 %.

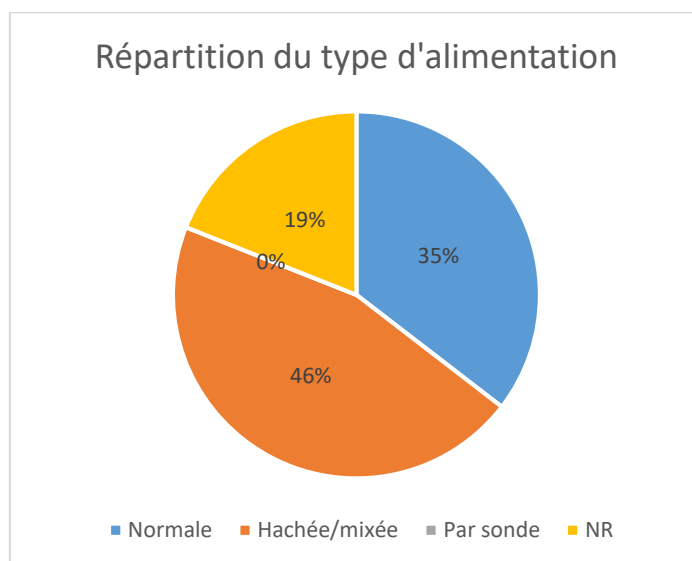
Figure 8 : Répartition du coefficient masticoire



Source : Auteur, 2019

46 % des patients examinés reçoivent une alimentation hachée/mixée, 35 % s'alimentent normalement, et 19 % n'ont pas répondu pendant l'interrogatoire.

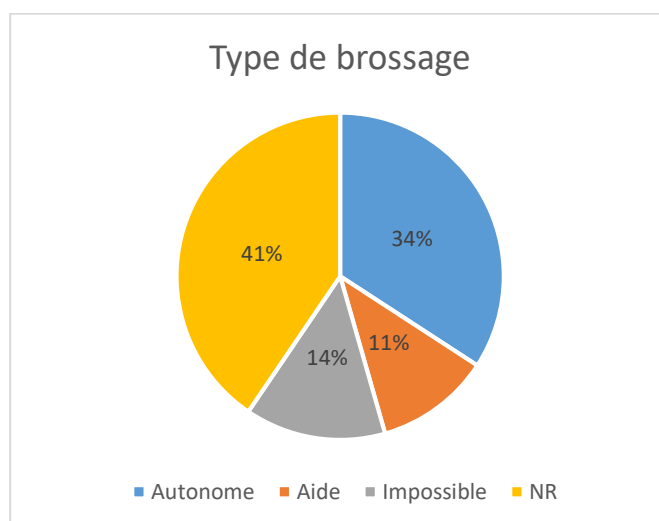
Figure 9 : Répartition du type d'alimentation



Source : Auteur, 2019

34 % des patients déclarent avoir un brossage des dents autonome, 11 % disent avoir recours à de l'aide, 14 % ne peuvent pas se brosser les dents et 41 % n'ont pas répondu.

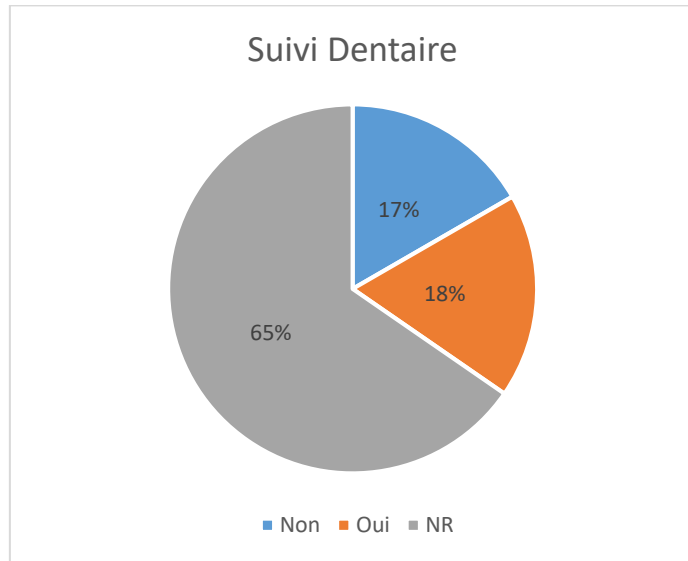
Figure 10 : Type de brossage



Source : Auteur, 2019

18 % des patients déclarent avoir un suivi dentaire régulier (consultation tous les 6 mois à 1 an), 17 % ne sont pas suivis et 65 % n'ont pas répondu lors de l'interrogatoire.

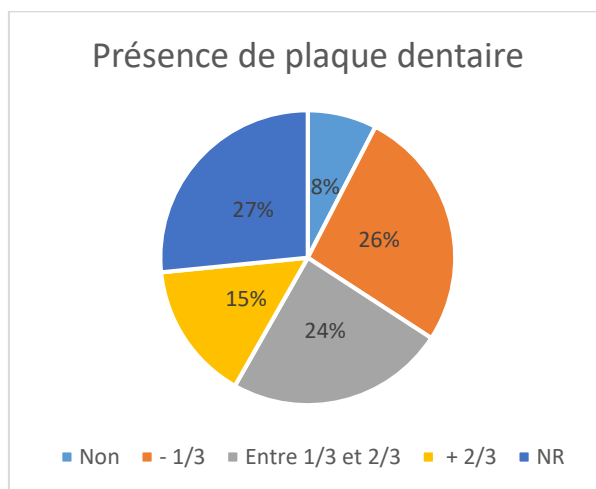
Figure 11 : Suivi dentaire



Source : Auteur, 2019

8 % des patients ne présentent pas de plaque dentaire en bouche. Chez 26 % des patients, la plaque recouvre moins d'un tiers de la hauteur coronaire, chez 24 % elle recouvre entre un et deux tiers de la hauteur coronaire, et chez 15 % elle recouvre plus de deux tiers de la hauteur coronaire. Les 28 % non renseignés correspondent aux patients édentés chez qui la plaque dentaire ne peut pas se former faute de surface stabilisatrice de biofilm.

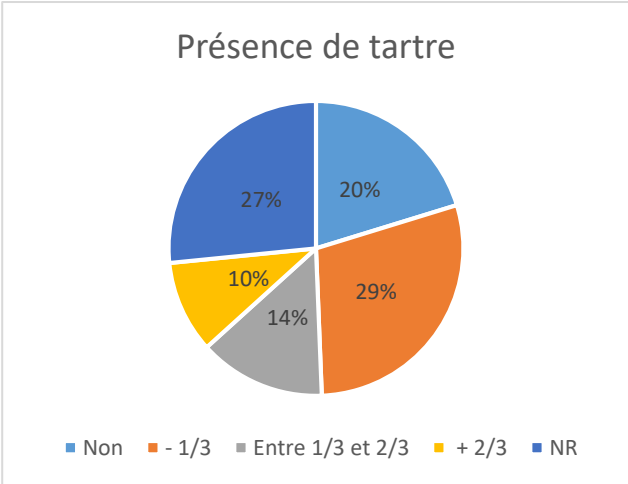
Figure 12 : Présence de plaque dentaire



Source : Auteur, 2019

20 % des patients ne présentent pas de tartre en bouche. Chez 29 % d'entre eux, le tartre recouvre moins du tiers de la hauteur coronaire, chez 14 % elle recouvre entre un et deux tiers de la hauteur coronaire et chez 10 % elle recouvre plus du tiers de la hauteur coronaire. Les 27 % non renseignés correspondent aux mêmes patients édentés totaux évoqués ci-dessus.

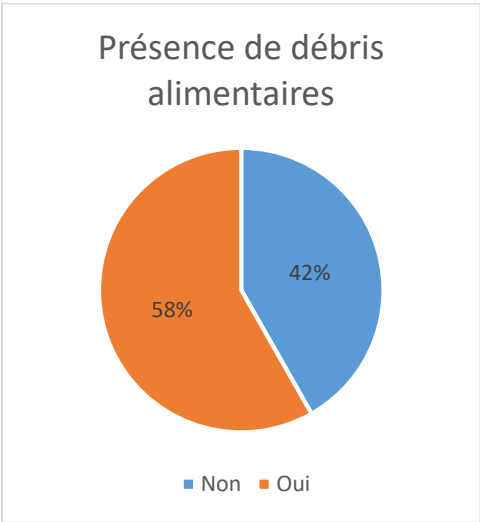
Figure 13 : Présence de tartre



Source : Auteur, 2019

42 % des patients examinés ne présentent pas de débris alimentaires en bouche, tandis que 58 % en présentent. Contrairement aux deux indices précédents, celui-ci prend en compte les édentés totaux car ils sont susceptibles de présenter des débris alimentaires malgré l'absence de dents. Aucun patient ne présente de candidose.

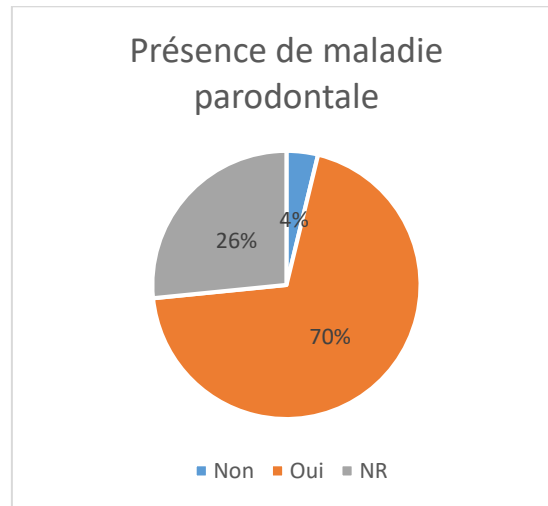
Figure 14 : Présence de débris alimentaires



Source : Auteur, 2019

70 % des patients examinés présentent une maladie parodontale, indépendamment de son type, tandis que 4 % n'en présentent pas. Les 26 % non renseignés correspondent aux patients édentés totaux.

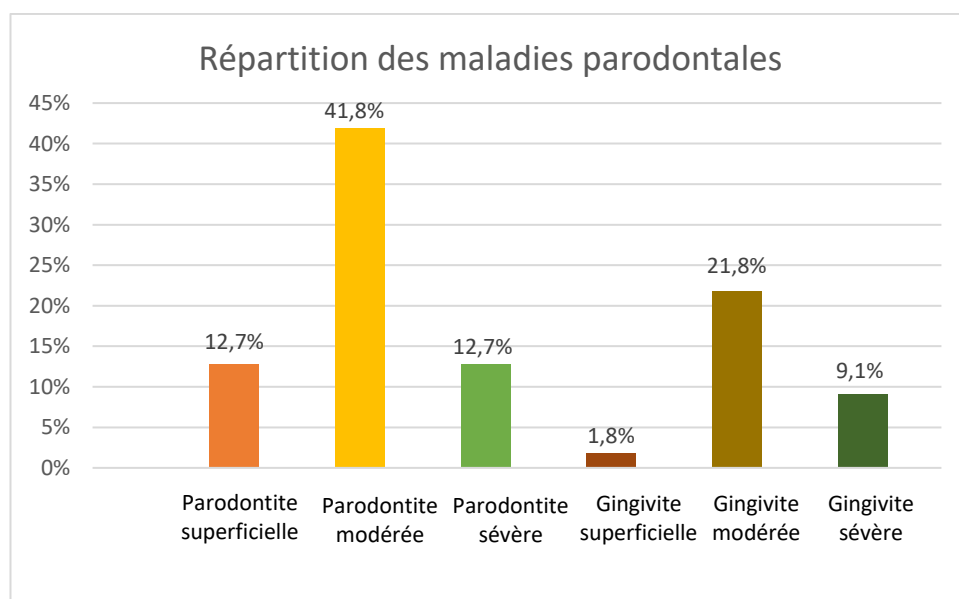
Figure 15 : Présence de maladie parodontale



Source : Auteur, 2019

La répartition des maladies parodontales dans la population étudiée est la suivante : 12,7 % des patients atteints présentent une parodontite superficielle, 41,8 % présentent une parodontite modérée, 12,7 % une parodontite sévère, 1,8 % une gingivite superficielle, 21,8 % une gingivite modérée, et 9,1 % une gingivite sévère.

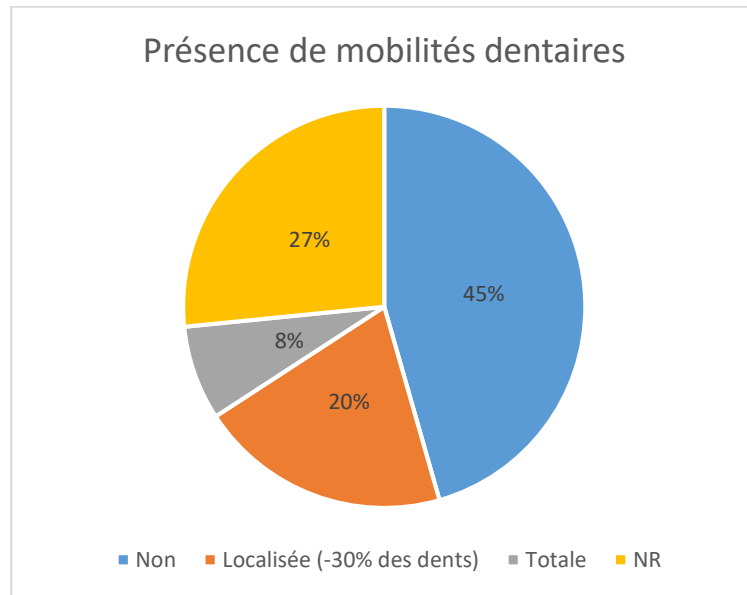
Figure 16 : Répartition des maladies parodontales



Source : Auteur, 2019

Ces maladies parodontales entraînent des mobilités dentaires chez certains patients. 45 % n'en présentent pas, tandis que 20 % ont une mobilité dentaire localisée (moins de 30 % des dents présentes) et 8 % ont une mobilité totale. Les 27 % non renseignés correspondent aux patients édentés totaux.

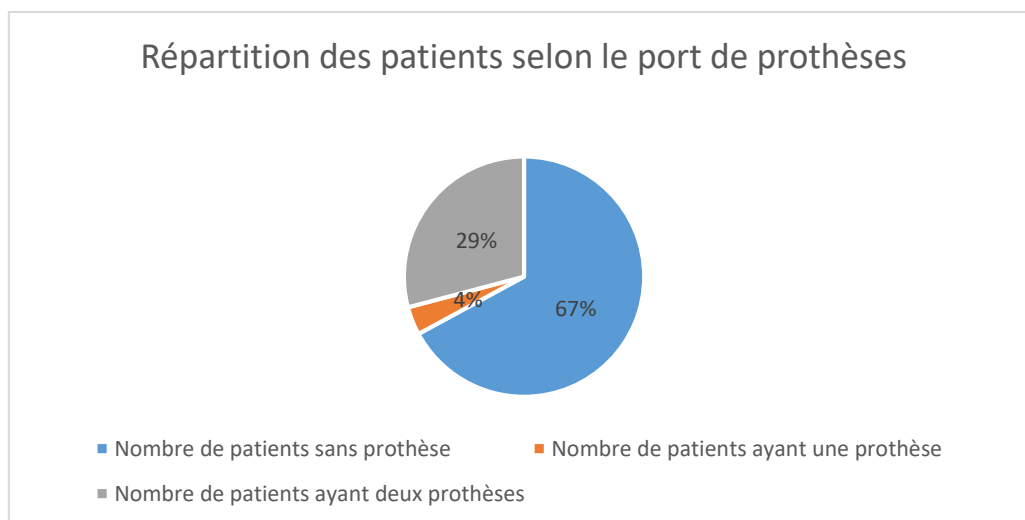
Figure 17 : Présence de mobilités dentaires



Source : Auteur, 2019

67 % des patients ne portent pas de prothèse. 29 % portent deux prothèses, et les 4 % restants portent uniquement une prothèse. Ces derniers portent uniquement une prothèse maxillaire.

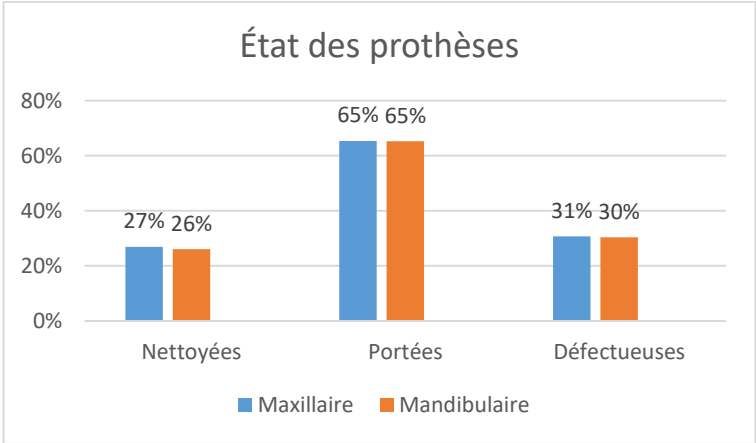
Figure 18 : Répartition des patients selon le port de prothèses



Source : Auteur, 2019

Les prothèses des patients ont été examinées. Parmi les prothèses maxillaires, 65 % sont portées, 27 % sont nettoyées, et 31 % sont défectueuses. Parmi les prothèses mandibulaires, 65 % sont portées, 26 % sont nettoyées, et 30 % sont défectueuses. On entend par défectueuse une prothèse nécessitant un rebasage, présentant une fracture, ou nécessitant d'être refaite.

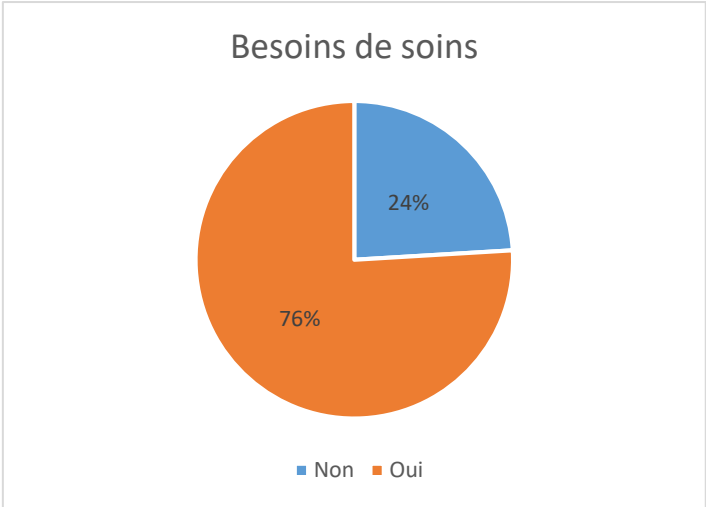
Figure 19 : État des prothèses



Source : Auteur, 2019

Compte tenu de leur état bucco-dentaire, 76 % des patients nécessitent des soins soit restaurateurs, chirurgicaux ou parodontaux.

Figure 20 : Besoins de soins



Source : Auteur, 2019

Le besoin prothétique a été évalué séparément grâce à la valeur du coefficient masticatoire. 73 % des patients ont un coefficient masticatoire inférieur à 50 %, montrant le besoin prothétique des patients étudiés. Néanmoins, le besoin de prothèse chez le sujet âgé nécessite souvent de faire des compromis. En effet, le patient ne ressent pas toujours le besoin d'une réhabilitation fonctionnelle, bien qu'elle soit nécessaire. De plus, la coopération du patient n'est pas toujours obtenue. Enfin, les familles des patients ne peuvent pas toujours assumer le coût de la réalisation de prothèse.

8 : Analyse des résultats en France et en Suède

Une étude similaire a été conduite en Suède à l'hôpital Catio Saint-Göran de Stockholm au sein du centre d'odontologie gériatrique. Elle porte sur une population semblable, âgée de plus de 60 ans et hospitalisée au long cours.

En Suède, 66 patients répondent aux critères d'inclusion de l'étude ; en France, la totalité des patients ont été inclus. Le tableau ci-dessous indique les données caractérisant les populations étudiées. L'âge moyen des populations étudiées est supérieur en France ; 86,6 ans contre 80,6 en Suède. 79 patients ont été examinés dans l'étude française, et 75 dans l'étude suédoise. La différence entre le nombre total de patients présents et le nombre de patients examinés s'explique par un fort taux de refus.

Dans les deux populations, on note une proportion beaucoup plus importante de femmes.

Tableau 4 : Comparaison des populations étudiées

	France	Suède
Âge moyen	86,6	80,6
Nombre total de patients	108	99
Nombre de patients examinés :	79	75
Nombre de patients âgés de plus de 60 ans	108	66
Nombre de patients examinés âgés de plus de 60 ans	79	66
Nombre d'hommes examinés de plus de 60 ans	21	23
Nombre de femmes examinées de plus de 60 ans	58	43

Source : Auteur, 2019

Le tableau ci-dessous met en évidence les différences d'état de santé générale des patients étudiés. On observe que tous les patients français et suédois présentent au moins une pathologie. 84 % des patients français en présentent au moins deux et 74 % des patients suédois. En effet, la polyopathie est rencontrée presque systématiquement chez le sujet âgé. Dans les deux populations, les troubles cognitifs sont les pathologies les plus fréquentes (73 % en France et 82 % en Suède). On retrouve de l'hypertension artérielle chez 49 % des patients français et 32 % des suédois ; les pathologies cardiaques touchent 33 % des français et 48 % des suédois. Les pathologies articulaires marquent une grande différence entre les deux populations ; elles sont présentes chez 82 % des patients suédois contre seulement 24 % des français. On observe une différence majeure concernant les cancers, qui touchent près de trois fois plus les patients français que les suédois (13 % contre 5 %). Cette différence est également présente lorsqu'on s'intéresse à l'incidence des cancers dans chaque pays : plus de 300

nouveaux cas pour 100 000 habitants en France contre 275 en Suède⁴³. Ces variations ne s'expliquent pas que par les différences d'exposition aux différents facteurs de risques, mais également par les politiques nationales concernant le dépistage du cancer qui sont différentes.

Tableau 5 : Comparaison des états de santé générale

	France	Suède
Patients ayant au moins 1 pathologie	100 %	100 %
Patients ayant au moins 2 pathologies	84 %	74 %
Patients ayant au moins 3 pathologies	57 %	38 %
Patients ayant au moins 4 pathologies	24 %	8 %
HTA	49 %	32 %
Pathologie cardiaque	33 %	48 %
Diabète	9 %	11 %
Troubles cognitifs	73 %	82 %
Pathologies articulaires	24 %	82 %
Cancer	13 %	5 %
Autres	58 %	27 %

Source : Auteur, 2019

Le tableau suivant présente la répartition des demandes exprimées par les patients. On n'observe pas de différence significative entre les populations suédoise et française ($p < 5\%$).

Tableau 6 : Comparaison des besoins exprimés par les patients

	France	Suède
RAS	81 %	91 %
Douleur	13 %	8 %
Fonction	5 %	2 %
Esthétique	1 %	0 %

Source : Auteur, 2019

Le tableau suivant compare les facteurs comportementaux, plus précisément l'alimentation, le brossage et le suivi dentaire.

Concernant l'alimentation, seulement 35 % des patients français déclarent manger normalement, contre 68 % des patients suédois. 46 % des patients français ont une alimentation mixée, contre 26 % des suédois. Cette différence s'explique par l'écart important de fonction masticatoire, qui sera traitée plus loin. 3 % des patients suédois sont alimentés par sonde.

⁴³ OECD, *Health at a Glance 2015*.

Concernant le brossage, 34 % des patients français rapportent se brosser les dents de façon autonome, contre 23 % des patients suédois. À l'inverse, 74 % des patients suédois déclarent disposer d'une aide au brossage, contre 11 % des français. Enfin, 14 % des patients rapportent qu'il leur est impossible de se brosser les dents. Les 41 % non renseignés représentent les patients incapables de répondre, ainsi que les édentés totaux qui ne nécessitent pas de brossage. Pour les édentés totaux, les habitudes d'hygiène sont évaluées sur la présence de débris alimentaires et sur la propreté des prothèses.

Concernant le suivi dentaire, 18 % des français sont suivis, 16 % ne le sont pas. Pour 65 % de la population, nous n'avons pas pu déterminer la date de leur dernier rendez-vous. Le patient est considéré comme suivi s'il a au moins un rendez-vous annuel. 100 % des patients suédois sont suivis. Ils ont un dépistage en chambre tous les ans, réalisé par un hygiéniste. De plus, un rendez-vous tous les trois mois avec l'hygiéniste au fauteuil, ainsi qu'un rendez-vous annuel avec un chirurgien-dentiste sont obligatoires.

Tableau 7 : Comparaison des facteurs comportementaux

		France	Suède
Alimentation :	Normale	35 %	68 %
	Hachée/mixée	46 %	26 %
	Par sonde	0 %	3 %
	NR	19 %	3 %
Brossage :	Autonome	34 %	23 %
	Aide	11 %	74 %
	Impossible	14 %	3 %
	NR	41 %	0 %
Suivi Dentaire :	Non	16 %	0 %
	Oui	18 %	100 %
	NR	65 %	0 %

Source : Auteur, 2019

Les 27 % de patients non renseignés dans le tableau suivant représentent les édentés totaux. En effet, la formation de biofilms bactériens, et donc de plaque dentaire puis de tartre, n'est possible qu'en présence de surfaces stables, ce qui n'est pas le cas d'un patient édenté total. La comparaison des chiffres ci-dessous laisse penser que les patients suédois présentent plus de plaque dentaire et de tartre en bouche que les patients français. La quantité de débris alimentaires en bouche et équivalente dans les deux populations. Cependant, les données concernant la plaque dentaire et le tartre sont difficilement exploitables à cause de la forte proportion de patients édentés complets. On notera cependant que 41 % des patients suédois ne présentent pas de tartre, contre seulement 20 % des

français. Cela s'explique par la régularité du suivi de ces patients : les rendez-vous de maintenance parodontale rapprochés permettent d'intervenir avant la formation de tartre.

Aucun patient français ou suédois ne présente de candidose.

Tableau 8 : Comparaison du niveau d'hygiène orale

		France	Suède
Plaque :	Non	8 %	0 %
	- 1/3	27 %	27 %
	Entre 1/3 et 2/3	24 %	42 %
	+ 2/3	15 %	30 %
	NR	27 %	0 %
Tartre :	Non	20 %	41 %
	- 1/3	29 %	33 %
	Entre 1/3 et 2/3	14 %	26 %
	+ 2/3	10 %	0 %
	NR	27 %	0 %
Débris Alimentaires :	Oui	58 %	55 %

Source : Auteur, 2019

Le tableau suivant compare l'état parodontal des deux populations. Les 27 % de patients non renseignés correspondent toujours aux patients édentés complets. Ainsi, la totalité des patients dentés sont touchés par une maladie parodontale. 67,2 % des français présentent une parodontite, contre 49 % pour les suédois. On observe également que la proportion de patients français présentant une parodontite sévère (12,7 %) est beaucoup plus importante que la proportion de patients suédois (5 %). A l'inverse, concernant les gingivites modérées, les patients suédois sont beaucoup plus touchés (48 % contre 21,8 %). Les proportions des autres maladies parodontales sont cependant comparables. La gingivite étant une maladie réversible, les patients suédois semblent donc présenter une meilleure santé gingivale. Cela est cohérent avec le pourcentage de patients atteints de mobilité dentaire : 71 % des patients suédois ne présentent pas de mobilité, contre seulement 46 % des français.

Tableau 9 : Comparaison de l'état parodontal

		France	Suède
Maladies			
Parodontales :	Non	0 %	0 %
	Oui	73 %	100 %
	NR	27 %	0 %
	Parodontite superficielle	12,7 %	9 %
	Parodontite modérée	41,8 %	35 %
	Parodontite sévère	12,7 %	5 %
	Gingivite superficielle	1,8 %	2 %
	Gingivite modérée	21,8 %	48 %
	Gingivite sévère	9,1 %	2 %
Mobilité :	Non	46 %	71 %
	Localisée	20 %	23 %
	Totale	8 %	6 %
	NR	27 %	0 %

Source : Auteur, 2019

Le XBI moyen est deux fois plus élevé en France (6 %) qu'en Suède (3,2 %) ; les patients français ont donc plus de dents remplacées que les patients suédois. 67 % des patients français ne portent pas de prothèse amovibles, contre 76 % des suédois. Plus précisément, 29 % des patients portent deux prothèses amovibles en France, contre 9 % en Suède. 50 % de ces dernières sont nettoyées en Suède, contre 27 % en France. Elles sont plus portées par les patients suédois (68 %) que par les patients français (45 %), malgré le fait que les pourcentages de prothèses défectueuses soient similaires.

Tableau 10 : Comparaison de l'état prothétique

	France	Suède
Patients sans prothèse	67 %	76 %
Patients ayant une prothèse maxillaire	4 %	8 %
Patients ayant une prothèse mandibulaire	0 %	8 %
Patients ayant deux prothèses	29 %	9 %
Prothèses nettoyées	27 %	50 %
Prothèses portées	45 %	68 %
Prothèses défectueuses	31 %	36 %
XBI moyen	6	3,2

Source : Auteur, 2019

L'ensemble des données recueillies dans les deux populations ont permis d'identifier des besoins de soins chez certains patients. En effet, 76 % des patients français nécessitent une prise en charge, contre 68 % en Suède. Ces besoins de soins englobent les soins courants, tels que les soins restaurateurs, endodontiques, parodontaux ou chirurgicaux. Ils sont équivalents dans les deux populations. Cependant, le besoin de soin en prothèse a été déterminé séparément, à partir de la valeur du coefficient masticatoire.

Tableau 11 : Analyse du CAO et des fonctions masticatoires

	France	Suède
Nombre de dents cariées en moyenne	0,7	1,8
Nombre de dents absentes en moyenne	18,9	9,4
Nombre de dents obturées en moyenne	2,7	12,7
CAO moyen	21,9	24
Coefficient masticatoire moyen	27 %	56 %
Coefficient masticatoire nul	39	3
Coefficient masticatoire inférieur à 50 %	73 %	41 %
Nombre de patients édentés totaux ou subtotaux	22	0

Source : Auteur, 2019

Le CAO moyen des populations étudiées est de 21,9 en France, contre 24 en Suède. Cependant, la part de chaque facteur composant le CAO diffère fortement. On trouve un nombre de dents cariées supérieur en Suède (1,8 contre 0,7 en France). La différence majeure se joue sur deux paramètres :

- le nombre de dents absentes : 18,9 en France contre 9,4 en Suède
- le nombre de dents obturées : 2,7 en France contre 12,7 en Suède

Ainsi, le score suédois est presque équivalent au score français en raison du nombre important de dent obturées, et non à cause du nombre de dent absentes ou cariées ; tandis que le score CAO français est lié au nombre très important de dent absentes. En effet, le nombre d'édentés totaux dans l'étude française est de 22, tandis qu'il n'y en a aucun dans l'étude suédoise.

Le coefficient masticatoire est révélateur de l'efficacité fonctionnelle. 39 patients français présentent un coefficient masticatoire nul, contre 3 en Suède. Le seuil de 50 % permet d'évaluer le besoin de prothèse. On considère qu'un patient en dessous de ces 50 % nécessite une réhabilitation prothétique. Ainsi, 73 % des patients français sont concernés, contre seulement 41 % en Suède. Il apparaît alors évident que le besoin prothétique est nettement supérieur en France.

9 : Discussion des résultats

Pour comprendre les résultats décrits précédemment et en tirer des pistes de réflexion, il convient d'étudier le système de santé suédois et de le mettre en parallèle du système français d'une part ; de comparer les conditions d'hospitalisation des patients d'autre part.

9.1 Les systèmes de santé

La philosophie des deux systèmes est différente. Le système français est historiquement centré sur la thérapeutique, bien que celui-ci tende vers la prévention. Le système suédois est axé non seulement sur la prévention, mais également sur l'éducation thérapeutique des patients.

En Suède, pour les moins de 23 ans (24 ans à partir de 2020), les soins sont gratuits et sans avance de frais. Pour ces patients, tous les deux ans, un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste est obligatoire. À l'école, les enfants suédois réalisent des bains de bouche fluorés, et une brosse à dent ainsi que du dentifrice leurs sont offerts à 3 ans. Ce système permet ainsi d'assurer une éducation à l'hygiène orale pour tous, pour développer dès le plus jeune âge les bonnes habitudes et ainsi limiter la prise en charge future.

Pour les patients de plus de 23 ans, l'état accorde une aide financière annuelle en fonction de l'âge :

- de 24 à 29 ans, elle est de 600 SEK (56 euros)
- de 30 à 54 ans, elle est de 300 SEK (28 euros)
- dès 65 ans, elle est de 600 SEK (56 euros)

Les honoraires des chirurgiens-dentistes suédois sont libres : ils sont cependant guidés par l'état, à travers un référentiel appelé « referenspris ». Les tarifs pratiqués en cabinet sont généralement plus chers de 5 à 10 %. Le tarif d'une consultation est d'environ 85 €, et comprend une observation, quatre radiographies rétro-alvéolaires, ainsi qu'un détartrage de cinq minutes. L'aide financière accordée étant de 56 euros maximum, il subsiste un reste à charge pour les patients de plus de 23 ans. En France en 2019, plus de 95 % des patients ont une complémentaire santé et n'ont donc pas de reste à charge pour ce type de soins⁴⁴.

⁴⁴ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties », 2019.

Une aide financière réservée aux soins onéreux existe cependant, et fonctionne avec un système de paliers :

- pour des soins inférieurs à 3000 SEK, 0 % des soins sont pris en charge
- pour des soins compris entre 3000 et 15 000 SEK, 50 % de la somme dépassant les 3000 SEK sont pris en charge
- pour un coût total supérieur à 15 000 SEK, 85 % de la somme au-delà de 15 000 SEK sont pris en charge

L'éducation thérapeutique assurée par les politiques publiques suédoises ainsi que la persistance d'un reste à charge pour l'adulte permet de responsabiliser le patient concernant sa santé bucco-dentaire. En France, peu de patients sont réellement informés sur l'étiologie des différentes pathologies buccales et l'importance de l'hygiène orale. En 2015, la moitié de la population suédoise (sans compter les patients de moins de 23 ans) ont utilisé les aides de l'État pour consulter un chirurgien-dentiste.

La profession d'hygiéniste existe en Suède depuis les années 1960. Ces derniers ont été officiellement reconnus en 1991. En France, la mise en place d'un niveau de qualification supérieur pour les assistantes dentaire (ADQ2) vise à combler ce vide. L'existence de la profession d'hygiéniste permet de déléguer à des professionnels dédiés l'éducation thérapeutique et l'éducation à l'hygiène orale, pour assurer qualité de prise en charge, toujours dans une vision de favoriser la prévention.

9.2 Conditions d'hospitalisation

Au sein de l'hôpital Corentin Celton, seules des prothèses amovibles sont réalisées. De plus, le contrat passé avec le prothésiste ayant pris fin, il a fallu deux ans afin de renégocier un contrat avec un nouveau prothésiste. Les patients n'ont pas pu être réhabilités pendant ce temps. Ainsi, la prise en charge prothétique des patients est grandement limitée, bien que le besoin en prothèse soit très important.

Concernant le suivi bucco-dentaire des patients hospitalisés en Suède, un hygiéniste réalise un dépistage tous les ans en chambre et trois fois par an au fauteuil. De plus, rendez-vous annuel avec un chirurgien-dentiste est obligatoire. En France, le suivi en chambre est assuré par un étudiant externe une fois par an. Les moyens mis en œuvre en Suède sont nettement plus importants, ce qui explique pourquoi la fonction masticatoire et l'état de santé bucco-dentaire de ces patients sont supérieurs. On recense 6 % d'édentés complets en Suède, contre 16 % en France.

En Suède existent des centres d'odontologie gériatrique, officialisant une spécialité à part entière. Ces centres s'occupent aussi bien des patients séjournant à l'hôpital que des patients externes. Ils disposent de matériel adapté, permettant par exemple de réaliser le transfert des patients de leur fauteuil roulant au fauteuil dentaire dans de bonnes conditions.

Conclusion

Les systèmes français et suédois abordent deux approches différentes vis-à-vis de la santé bucco-dentaire. Le premier a pendant longtemps été axé sur la thérapeutique, avec une forte composante sociale permettant de favoriser l'accès aux soins pour tous. Le second s'est tourné vers la prévention et l'éducation thérapeutique de ses populations. Les réformes que subit le système de santé français tendent à valoriser la prévention, se rapprochant ainsi de la philosophie suédoise.

L'étude de deux populations âgées de plus de 65 ans et hospitalisées dans chaque pays a permis d'évaluer concrètement l'impact de ces deux systèmes sur la santé orale. Cette étude a révélé que la population suédoise présente un meilleur état bucco-dentaire, principalement caractérisé par un nombre de dents absentes et cariées nettement inférieur, ainsi qu'un coefficient masticatoire plus important. Les patients âgés suédois possèdent une meilleure fonction masticatoire, montrant ainsi l'efficacité de la politique de santé locale.

Ces différences s'expliquent également par le suivi de ces populations. La présence d'hygiénistes qualifiés assurant des visites de dépistage tous les ans en chambre, ainsi que des rendez-vous obligatoires organisés permettent le maintien de la santé orale, malgré l'hospitalisation et le grand âge de ces patients.

Nous voyons que l'organisation du système de santé est un déterminant majeur de la santé orale de la population. Il faut souhaiter une évolution du système de santé français pour une meilleure santé orale de la population dans son ensemble, mais surtout pour les personnes à besoins spécifiques.

Bibliographie

- Agence régionale de santé Île-de-France. « Agir contre le VIH en Île-de-France : l'ARS Île-de-France et la région signent une déclaration commune ». Agence régionale de santé Île-de-France, 2017. <http://www.iledefrance.ars.sante.fr/agir-contre-le-vih-en-ile-de-france-lars-ile-de-france-et-la-region-signent-une-declaration-commune>.
- Assemblée nationale. « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences sanitaires », 2011. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3627.pdf>.
- Assistance publique-hôpitaux de Paris. « Permanences d'accès aux soins de santé à l'AP-HP ». Assistance publique-hôpitaux de Paris, 2016. <https://www.aphp.fr/permanences-dacces-aux-soins-de-sante-lap-hp>.
- Assurance maladie. « Définition de l'ALD ». Assurance maladie en ligne, 2017. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>.
- . « La Cnam, tête de réseau ». Assurance maladie en ligne, 2019. <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/fonctionnement/organisation/cnam-tete-reseau>.
- . « Notre environnement : la sécurité sociale ». Assurance maladie en ligne, 2018. <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/fonctionnement/securite-sociale/securite-sociale>.
- . « Soins et prothèses dentaires ». Assurance maladie en ligne, 2019. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires/soins-protheses-dentaires>.
- . « Un réseau de proximité ». Assurance maladie en ligne, 2018. <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/fonctionnement/organisation/reseau-proximite>.
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. « Réforme tarifaire EHPAD : de quoi s'agit-il ? » Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2019. <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/reforme-de-la-tarification-en-ehpad>.
- Cardin, H. « La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner" ». *Les tribunes de la santé* 42, n° 1 (2014): 27-33. <https://doi.org/10.3917/seve.042.0027>.

- Centre d'analyse stratégique (France). *Vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française*. Édité par V. Gimbert et C. Godot. Paris : La Documentation française, 2010.
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000662/index.shtml>.
- Claverane, J-P., M. Bremond, et A. Teil. « Organisation, décision et financement du système de soins. » *Actualité et dossier en santé publique*, n° 33 (2000): 19-66.
- Danguy, V., J-M. Blanchoz, G. Birou, et B. Duboc. « Amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de précarité, « des soins pour tous » ». MSA santé famille retraite services, 2012.
http://aspbd.free.fr/IMG/pdf/msa_amelioration_de_la_prise_en_charge_bucco-dentaire_des_personnes_en_situation_de_prekarite.pdf.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties ». Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, solidarité, santé, 2016.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche5-2.pdf>.
- . « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties ». Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, solidarité, santé, 2019. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/la-complementaire-sante-acteurs-beneficiaires-garanties-edition-2019>.
- . « Les dépenses de santé en 2016 - résultats des comptes de la santé ». Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, solidarité, santé, 2017.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf.
- Direction générale de l'offre de soins. « La réforme des hôpitaux de proximité ». Ministère de la santé.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_hopitaux_proximites-2.pdf.
- Ennuyer, B. « À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus ». *Gérontologie et société* 34, n° 138 (2011): 127.
<https://doi.org/10.3917/gs.138.0127>.
- Institut national de la statistique et des études économiques. « Population par sexe et groupe d'âges en 2019 ». Institut national de la statistique et des études économiques, 2019.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>.

- Laroque, P., et J-R. Debray. *Rapport Laroque*. Édité par Haut comité consultatif de la population et de la famille. Paris : L'Harmattan, 2014.
- Le Garrec, M-A., M. Bouvet, et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. « Comptes nationaux de la santé 2012 ». Ministère des solidarités et de la santé, 2015. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/comptes-nationaux-de-la-sante-2012>.
- Légifrance. Arrêté du 8 juin 2018 relatif à la formation conduisant au titre d'assistant dentaire (2018). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037057953&dateTexte=20190708>.
- . Code de la santé publique - Article L6323-1 (2018). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000036494896&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180401>.
- . Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (2005). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>.
- . Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (2009). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>.
- . Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale, Pub. L. No. 45-2250 (1945). <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000698857>.
- Michel, C. « Parcours de santé, de soins et de vie ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>.
- Ministère des solidarités et de la santé. « Qu'est-ce que le GIR ? », 2017. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/quest-ce-que-le-gir>.
- . « Système de santé, médico-social et social », 2017. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/systeme-de-sante-et-medico-social/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>.
- Montalembert, M., et M. Laroque, éd. *La protection sociale face à ses défis : 70e anniversaire de la sécurité sociale*. Paris : Cédias-Musée social, 2015.
- Mossé, P. « Bismarck et Beveridge : des prototypes aux archétypes ». *Après-demain* 42, n° 2 (2017): 12-14.

- OECD. *Health at a Glance 2015*. Paris : OECD, 2015. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2015-en.pdf?expires=1563901999&id=id&accname=guest&checksum=B01B4EE1A149EB99D9B91BDFE37A28EC.
- Ordre des hygiénistes dentaires du Québec. « Qu'est-ce qu'un hygiéniste dentaire ». Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, 2019. <http://www.ohdq.com/devenirhygi%c3%a9nistedentaire/qu'est-ce-qu'un-hygi%c3%a9niste-dentaire>.
- Ordre national des chirurgiens-dentistes. « Organisation des études et programme de formation », 2013. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/devenir-chirurgien-dentiste/organisation-des-etudes-et-programme-de-formation.html>.
- . « Répartition de la population des chirurgiens-dentistes ». Ordre national des chirurgiens-dentistes, 2019. <http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>.
- Pfister, V., L. Guiboux, et J. Naitali. « Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner ». *Informations sociales* 182, n° 2 (2014): 100-107.
- Ratel, N. « Quand les Ehpad ouvrent leur cabinet dentaire », 2014. <https://www.ehpad-magazine.com/quand-les-ehpad-ouvrent-leur-cabinet-dentaire/>.
- Sécurité sociale. « Les sources de financement de la Sécurité sociale », 2014. <http://www.securite-sociale.fr/-Les-sources-de-financement-de-la-Securite-sociale->.
- Service public. « Qu'est-ce que la protection universelle maladie (Puma) ? », 2019. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>.
- . « Qu'est-ce que l'aide médicale de l'État (AME) ? », 2019. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>.
- Verniolle, R. « L'accès à la complémentaire santé pour les personnes disposant de faibles ressources : la CMU-C et l'ACS ». *Regards* 49, n° 1 (2016): 121-36. <https://doi.org/10.3917/regar.049.0121>.

Table des figures

Figure 1 : Répartition des chirurgiens-dentistes en France (nombre de praticiens / 100 000 habitants)	7
Figure 2 : Répartition des personnes âgées de plus de 60 ans en France en 2011 (en %)	8
Figure 3 : Répartition par sexe	34
Figure 4 : Besoins exprimés par les patients	35
Figure 5 : Répartition des pathologies	35
Figure 6 : Répartition des patients selon le nombre de pathologies déclarées	36
Figure 7 : CAO moyen	36
Figure 8 : Répartition du coefficient masticatoire	37
Figure 9 : Répartition du type d'alimentation	38
Figure 10 : Type de brossage	38
Figure 11 : Suivi dentaire	39
Figure 12 : Présence de plaque dentaire	39
Figure 13 : Présence de tartre	40
Figure 14 : Présence de débris alimentaires	40
Figure 15 : Présence de maladie parodontale	41
Figure 16 : Répartition des maladies parodontales	41
Figure 17 : Présence de mobilités dentaires	42
Figure 18 : Répartition des patients selon le port de prothèses	42
Figure 19 : État des prothèses	43
Figure 20 : Besoins de soins	43

Table des tableaux

Tableau 1 : Évolution de la population en France Métropolitaine.....	5
Tableau 2 : Objectifs fixés par l'ONDAM en 2017	12
Tableau 3 : Valeurs des dents dans le coefficient masticatoire	33
Tableau 4 : Comparaison des populations étudiées	45
Tableau 5 : Comparaison des états de santé générale.....	46
Tableau 6 : Comparaison des besoins exprimés par les patients.....	46
Tableau 7 : Comparaison des facteurs comportementaux	47
Tableau 8 : Comparaison du niveau d'hygiène orale	48
Tableau 9 : Comparaison de l'état parodontal.....	49
Tableau 10 : Comparaison de l'état prothétique	49
Tableau 11 : Analyse du CAO et des fonctions masticatoires	50

Annexes

Annexe 1 : Liste des ALD

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- bilharziose compliquée ;
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences (2)(3) ;
- maladie de Parkinson (3) ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- sclérose en plaques (3) ;
- scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- spondylarthrite grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Annexe 2 : Feuille de dépistage (recto)

Date de consultation :

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Sexe : H F

Lieu de consultations : SLD Autre :

Besoin exprimé par le patient :

Aucun Douleur Fonctionnel Esthétique Autre :

Antécédents médicaux :

Pathologie cardio-vasculaire : HTA (équilibrée/non équilibrée) Autre :

Diabète (équilibré/non équilibré) Type :

Pathologie pulmonaire :

Pathologie mentale :

Pathologie articulaire :

Cancer :

Autre pathologie :

Alimentation : Normale Hachée/mixée Par Sonde

Brossage : Autonome Aide Impossible Moyens :

Suivi en odontologie Dernière visite : < 6 mois / 6 mois - 1 an / > 1 an

Examen intra-buccal :

Candidose Débris alimentaires Plaque () Tartre ()

RAS <input type="checkbox"/>	Superficielle	Modérée	Sévère
Gingivite			
Parodontite			

Mobilité : Absence Totale Localisée

Prothèse maxillaire : oui non

Propre Blessantes Portées Fracturées Non Rétentives

Prothèse mandibulaire : oui non

Propre Blessantes Portées Fracturées Non Rétentives

Examen clinique du patient : Possible Impossible Partiel

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire
de l'Université Paris Descartes

Professeur Marysette FOLLIGUET

Professeur Louis MAMAN

Au nom et pour le compte de l'administratrice
provisoire de l'Université Paris Descartes

Le Doyen Louis MAMAN

Systeme de soins et état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en France et en Suède. Volume 1, Analyse au sein du service gériatrique de Corentin Celton (France) et comparaison avec l'hôpital Capio Saint-Göran (Suède)

Résumé :

L'objet de cette thèse est de comparer l'efficacité du système de soins bucco-dentaire français et suédois à travers l'analyse de l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées. Ces dernières sont de plus en plus nombreuses : en France, les personnes âgées d'au moins 60 ans représenteront 32,1 % de la population en 2060, contre 23,5 % en 2012. Cette population est la plus représentative de l'efficacité du système de soin français. Cette thèse présente d'abord une recherche sur les fondements, l'organisation et le financement du système de soin français. Nous présentons ensuite les données d'une étude menée pendant 9 mois sur l'ensemble des patients hospitalisés au sein du service de gériatrie de l'hôpital Corentin Celton (Issy-Les-Moulineaux, France). Nous avons réalisé des examens cliniques de dépistage afin d'identifier les besoins de soins et collecter des données descriptives. Ce travail nous a ainsi permis de réaliser le bilan de l'état de santé bucco-dentaire de cette population. La Suède étant réputée pour la performance de son système de soin, nous avons souhaité comparer les caractéristiques de leur système de soin ainsi que l'état bucco-dentaire à travers l'étude d'une population semblable. C'est dans cette optique que nous avons mené une étude selon les mêmes critères en Suède durant 3 mois à l'hôpital de la Karolinska University (Stockholm, Suède). Enfin, l'analyse et la comparaison des données recueillies nous amèneront à proposer des réflexions sur ces systèmes de soins.

Discipline :

Santé publique et prévention

Mots clés français (fMeSH et Rameau) :

Odontologie en santé publique -- Dissertation universitaire ; Prestations des soins de santé -- Dissertation universitaire ; Gérontologie -- Thèses et écrits académiques ; Politique sanitaire -- Thèses et écrits académiques

English keywords (MeSH) :

Public Health Dentistry -- Academic Dissertations ; Delivery of Health Care -- Academic Dissertations

Université Paris Descartes
Faculté de Chirurgie dentaire
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge