



HAL
open science

Système de soin et état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en France et en Suède. Volume 2, Analyse au sein du service gériatrique de Capiro Saint-Göran (Suède) et comparaison avec l'hôpital Corentin Celton (France)

Camille Bazerque

► **To cite this version:**

Camille Bazerque. Système de soin et état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en France et en Suède. Volume 2, Analyse au sein du service gériatrique de Capiro Saint-Göran (Suède) et comparaison avec l'hôpital Corentin Celton (France). Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02469546

HAL Id: dumas-02469546

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02469546v1>

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



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

MEMBRE DE

U-S-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

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.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2019

N°075

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 18 novembre 2019

Par

Camille BAZERQUE

Système de soin et état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en France et en Suède. Volume 2, Analyse au sein du service gériatrique de Capio Saint-Göran (Suède) et comparaison avec l'hôpital Corentin Celton (France)

Dirigée par Mme le Professeur Marysette Folliguet

JURY

Mme le Professeur Marysette Folliguet

Mme le Professeur Loredana Radoï

M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

M. le Docteur Marc Santucci

M. le Docteur Jérémie Cornu

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Invité



Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES 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

Doctorat 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

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse d'exercice. Je vous remercie pour votre bienveillance et votre disponibilité que vous m'avez témoignées tout au long de mes études dans votre service. Je vous remercie également de m'avoir donné l'opportunité de partir en Suède. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude pour l'attention que vous portez à mon travail.

À Mme le Professeur Loredana Radoi

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 très honorée que vous ayez accepté de siéger dans le jury de cette thèse. Merci également pour tout ce que vous m'avez appris au cours de ces années d'études passées à vos côtés.

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 d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je suis reconnaissante de votre bienveillance et de votre bonne humeur tout au long de mes années d'études.

À M. le Docteur Marc Santucci

Docteur en Chirurgie dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Merci pour votre accompagnement, et votre pédagogie. Vous avez su me faire partager votre intérêt pour la parodontologie. Je suis très heureuse que vous fassiez partie de ce jury.

À M. le Docteur Jérémie Cornu

Docteur en Chirurgie dentaire

Merci de m'avoir si bien accueillie et intégrée au sein du service, pendant mon stage de santé publique. Ce fut un plaisir de passer une année en votre compagnie et celle d'Isabelle.

Merci à mes parents pour leur soutien et leurs encouragements pendant mes études.

Merci à mon frère Bertrand.

Merci à ma binôme Prianga, d'avoir réussi à concilier nos forts caractères pour devenir une véritable amie.

Merci à Alice, Fatou et Sophie pour tous ces déjeuners passés ensemble, et merci à tous les Colombiens pour votre bonne humeur : Alexia, Patrick, Charlène, Cloclo, Falco, Gruber, Josué, Victor G, Victor C, Mai Vi,...

Merci à Hakima, pour tes précieux conseils et ton écoute attentive.

Merci à Patricia, pour ta bienveillance et ta bonne humeur.

Merci à Mélodie, pour tous nos bavardages et fous-rires pendant nos études.

Merci à mes amies d'enfance (Melissa, Auriane, Louisiane) pour tous les précieux moments passés ensemble.

Merci à Yasmine, pour notre belle complicité.

Merci à mes amies du lycée Margaux, Charlotte, et Armelle.

Merci au Dr Bami de m'avoir donné l'opportunité de faire mes premiers pas, sous un regard bienveillant.

Merci au Dr Ben Zimra de m'avoir fait confiance en me laissant débiter dans son cabinet, dans une ambiance chaleureuse.

Thank you so much Carl-Gustav Svensson for your warm welcome in the clinic, your understanding of my project and help me introduce it to Inger Wårdh, who made my project possible.

Thank you very much Pia Skott for your welcome in the ACT clinic, and the trust you give me collecting the data. I would like to thank all the staff at the ACT clinic, specially Dr Charlotta Elleby who made me feel like home. Tack så mycket.

Thank you all my Erasmus friends (Emilie, Neha, Ciobha, Izzie, Delph, Gaut, Jeroen, Suzanne, Marine, Veli, Rike, ...) to let me enjoy every moment of my stay in Stockholm.

Table des matières

GLOSSAIRE	3
INTRODUCTION	4
1 : DEFINITIONS	5
1.1 SYSTEME DE SANTE / SYSTEME DE SOINS	5
1.2 SANTE PUBLIQUE	5
1.3. PERSONNES AGEES	6
2 : GENERALITES SUR LA SUEDE	7
2.1. ÉCONOMIE DE LA SUEDE.....	7
2.1.1 Démographie suédoise	7
2.1.2 Démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes	9
2.2. SYSTEME DE SANTE SUEDOIS.....	9
2.2.1. Présentation de la Sécurité sociale Försäkringskassan.....	9
2.2.2. Loi sur les soins de santé (1982)	10
2.2.3. Réforme Ädel (1992).....	10
2.2.4. Plan national d'actions (1998).....	11
2.3. ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS	11
2.3.1. État	11
2.3.2 Comtés et municipalités	12
3 : CARACTERISTIQUES DU SYSTEME DE SOINS BUCCO-DENTAIRES	16
3.1. TYPE D'OFFRE.....	16
3.1.1. Cabinet privé.....	16
3.1.2. Service public : Service Public Dentaire et université.....	16
3.2. PROFESSIONNELS	17
3.2.1. Chirurgien-dentiste	17
3.2.2 Auxiliaire dentaire	18
3.3 PRISE EN CHARGE DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE DES SUEDOIS	19
3.3.1. Financement public	19
3.3.2. Financement privé	23
3.3.3. Tarifs des soins bucco-dentaires	23
3.4. AVANTAGES ET INCONVENIENTS INTRINSEQUES AU SYSTEME DE SANTE SUEDOIS	27
3.4.1. Avantages.....	27

3.4.2. <i>Limites</i>	27
3.5. EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE	28
4 : ÉTUDE DANS UN CENTRE D'ODONTOLOGIE GERIATRIQUE A STOCKHOLM	29
4.1. PRESENTATION DU CENTRE D'ODONTOLOGIE GERIATRIQUE DE L'HOPITAL DE CAPIO SAINT-GÖRAN DE STOCKHOLM (ACT) ..	29
4.2. ÉTUDE	30
4.2.1. <i>Description de la population cible</i>	30
4.2.2. <i>Méthodologie de l'étude</i>	31
4.2.3. <i>Indices utilisés</i>	31
4.3 RESULTATS	33
4.4. ANALYSE DES RESULTATS EN FRANCE ET EN SUEDE	42
4.5. DISCUSSION	47
4.5.1. <i>Système de santé</i>	47
4.5.2. <i>Conditions d'hospitalisation</i>	49
CONCLUSION	50
BIBLIOGRAPHIE	51
TABLE DES FIGURES.....	54
TABLE DES TABLEAUX.....	55
ANNEXES.....	56

Glossaire

Försäkringskassan : Sécurité sociale

Riksdagen : Parlement

Praktikertjänst : compagnie de centre dentaire

Socialsystemet : *National Board of Health and Welfare*: Ministère de la santé

Allmänt tandvårdsbidrag ATB : aide annuelle pour soins dentaires

Höstkostnadsskydd : aide annuelle au paiement des soins dentaires coûteux

Frisktvårdsavtal : forfait/abonnement dentaire

Särskilt tandvårdsbidrag STB : allocations spéciales pour les soins dentaires

Introduction

La Suède a aujourd'hui l'une des populations les plus âgées d'Europe. Comme la plupart des pays occidentaux, la Suède est un pays vieillissant : les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 20 % en 2015 et représenteront 23,9 % de la population en 2040.

Cette population en perpétuelle augmentation a des besoins de soins spécifiques. Elle s'impose aussi comme étant la plus représentative du fonctionnement du système de soin suédois. Le système de santé suédois jouit d'une excellente réputation ; il a construit sa politique d'accompagnement des personnes âgées sur des principes de gestion centralisée par l'État, d'égalité et d'accès aux soins pour tout le monde.

La France a, elle aussi, une population vieillissante : la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus était de 18,8 % en 2016 ; ils représenteront 25,8 % de la population en 2040. La demande croissante de soins pour les personnes âgées nécessite d'optimiser le système de soin pour une meilleure prise en charge.

Face à une problématique identique dans les deux pays, une comparaison des systèmes de santé est réalisée ; en parallèle l'état bucco-dentaire de ces personnes sera mis en perspective. Des pistes de réflexion seront dégagées à partir des résultats.

1 : Définitions

1.1 Système de santé / Système de soins

Le mot système vient du grec *sunistenai* : « placer ensemble, grouper, unir », il est utilisé pour désigner « un ensemble d'éléments, matériels ou non, qui dépendent réciproquement les uns des autres de manière à former un tout organisé »¹

D'après l'OMS, le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé.²

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 ».³

Le système de santé s'étend alors à toutes les dimensions de la vie sociale, quand le système de soins fait référence au dispositif mis en place pour la prise en charge de la maladie.

1.2 Santé publique

En 1952, l'OMS définit la santé publique comme « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. »

Une définition plus récente de la santé publique est la suivante : une discipline qui aborde la santé de façon collective et dans toutes ses dimensions et dont la finalité est d'améliorer l'état de santé de la population.⁴

La santé en elle-même est définie d'après l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

¹ Lalande, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*.

² Organisation mondiale de la santé, « Systèmes de santé ».

³ Claveranne, Brémond, et Teil, « Organisation, décision et financement du système de soins ».

⁴ Le Coudrier, « Qu'entend-on par santé publique ? »

1.3. Personnes âgées

Les personnes âgées constituent une population très hétérogène, tant par l'étendue des âges qui la constitue (de 60 ans à plus de 100 ans), que par l'extrême variabilité qu'elles peuvent présenter. Ainsi, l'âge n'est qu'un indicateur partiel permettant de définir une personne âgée.

Les seuils retenus dans la littérature pour définir les personnes âgées varient selon les auteurs et les époques. Si l'INSEE retient le seuil de 60 ans⁵ et l'OMS celui de 65 ans, il apparaît évident que ces limites utilisées par les démographes sont de moins en moins pertinentes.

⁵ Institut national de la statistique et des études économiques, « Espérance de vie en bonne santé. AVBS. Espérance de vie sans incapacité. EVSI. EVSI. EVBS ».

2 : Généralités sur la Suède

2.1. Économie de la Suède

2.1.1 Démographie suédoise

La Suède est constituée de 10,2 millions d'habitants, dont 19,9 % ont plus de 65 ans.⁶

Le PIB de la Suède s'élève à 439 millions d'euros. C'est le troisième pays d'Europe qui consacre la part la plus importante de son PIB aux dépenses liées à la santé, soit 11 % en 2015, ce qui représente 3932 € par personne par an. La moyenne européenne est de 9,9 %, ce qui représente 2 797 euros par personne. La Suède est le cinquième pays européen à dépenser le plus par personne.

Tableau 1 : Dépenses de santé en Suède

		Année	Source
% du PIB dépensé dans la santé	11 %	2013	OCDE
% de cette somme dépensée par le gouvernement	81,6 %	2011	OCDE
% du PIB dépensé dans la santé bucco-dentaire	0,67 %	2010	SDA
% des dépenses des régimes publics et des régimes obligatoires dans les soins bucco-dentaires	39 %	2016	DREES
% des dépenses directes des ménages dans les soins bucco-dentaires	61 %	2016	DREES
% des dépenses des régimes privés facultatifs dans les soins bucco-dentaires	0 %	2016	DREES

Source : Bullock, Cowpe et Barnes, *Manual of dental practice*, 2014

OCDE= Organisation de coopération et de développement économique

SDA = Swedish dental association

DREES= Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques

⁶ Statistics Sweden, « Summary of population statistics 1960–2018 ».

En Suède, les dépenses de santé s'élevaient à 11 % du PIB en 2013, et 0,67 % pour les soins dentaires, soit plus de 2,4 milliards d'euros. Ces dépenses sont prises en charge en moyenne à hauteur de 39 % par les finances publiques et 61 % par les patients.⁷

La comparaison des principaux indicateurs de santé entre la France et la Suède met en lumière une population suédoise moins nombreuse, plus riche, et capable d'atteindre un âge plus avancé en bonne santé.

Nous avons choisi de comparer certains indicateurs de santé :

- Espérance de vie à la naissance : L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne, autrement dit l'âge moyen au décès, d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année.⁸

- Espérance de vie en bonne santé : L'espérance de vie en bonne santé est la durée de vie moyenne en bonne santé, c'est-à-dire sans limitation irréversible d'activité dans la vie quotidienne ni incapacités, d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité et de morbidité de l'année.⁹

- Parité de pouvoir d'achat (PPA) : La parité de pouvoir d'achat (PPA) est un taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies. Ce taux exprime le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même « panier » de biens et de services.

Ce taux de conversion peut être différent du « taux de change » ; en effet, le taux de change d'une monnaie par rapport à une autre reflète leurs valeurs réciproques sur les marchés financiers internationaux et non leurs valeurs intrinsèques pour un consommateur.¹⁰

Tableau 2 : Comparaison d'indicateurs de santé entre la France et la Suède

	Suède	France	OCDE
Espérance de vie en bonne santé à la naissance des femmes (en année) (2014)	74	64	62 (UE 28)
Espérance de vie en bonne santé à la naissance des hommes (en année) (2014)	74	63	61 (UE 28)
Espérance de vie en bonne santé à 65 ans des femmes (en année) (2014)	17	11	9 (UE 28)
Espérance de vie en bonne santé à 65 ans des hommes (en année) (2014)	15	10	9 (UE 28)
% de la population âgée de 65 ans et plus (2015)	20 %	19 %	ND
PIB par habitant en USD PPA (2016)	49 076	41490	

Source : Opusline, « Système de santé : existe-t-il un modèle suédois ? », 2017

⁷ Carlac'H, Ouairirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

⁸ Institut national de la statistique et des études économiques, « Espérance de vie. Espérance de vie à la naissance. Espérance de vie à 60 ans ».

⁹ Institut national de la statistique et des études économiques, « Espérance de vie en bonne santé. AVBS. Espérance de vie sans incapacité. EVSI. EVSI. EVBS ».

¹⁰ Institut national de la statistique et des études économiques, « Parité de pouvoir d'achat. PPA ».

2.1.2 Démographie professionnelle des chirurgiens-dentistes

En 2016, en Suède, le nombre de chirurgiens-dentistes en activité était de 8 077, ce qui correspond à une densité de 81 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants, classant la Suède parmi les premiers pays européens en termes de densité, devant la France qui compte près de 64 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.¹¹

2.2. Système de santé suédois

2.2.1. Présentation de la Sécurité sociale *Försäkringskassan*

« Le fort esprit communautaire a de profondes racines dans l'histoire, ce qui résulte en une capacité de se rassembler autour d'objectifs bien définis au nom de la communauté. Depuis le 16^{ème} siècle, la Suède est caractérisée par une homogénéité religieuse et ethnique, un état paternaliste régi par une bureaucratie organisée et une église d'état.

Au cours du 19^{ème} siècle une politique sociale s'est développée ; la population considère alors que le principal responsable de la santé publique est l'État. »¹²

Les fondements de l'État providence suédois ont été posés dès la fin du XIX^e siècle avec la mise en place des caisses d'assurance maladie volontaire prévues par la loi de 1891.

La couverture des salariés s'est poursuivie dans les premières décennies du XX^e siècle avec les lois sur l'indemnisation des accidents du travail (1901) et sur l'assurance vieillesse universelle (1913)¹³, puis avec l'aide financière apportée par l'État aux caisses d'assurance maladie volontaire (1914).

Après la Seconde Guerre mondiale et sous l'impulsion du parti social-démocrate, l'extension de la protection sociale s'est poursuivie avec la création des allocations familiales (1948), de l'assurance maladie universelle (1955), des régimes de pension complémentaire universelle (1960) et de l'assurance parentale (1974).¹⁴

Le dispositif mis en place au cours des « Trente Glorieuses » repose sur le principe selon lequel chaque individu doit bénéficier pendant toutes les phases de sa vie d'une sécurité économique lui permettant de faire face à toutes les situations de perte de salaire : chômage, grossesse, maladie, invalidité ou toute autre incapacité à occuper un poste de travail.¹⁵

¹¹ Organisation de coopération et de développement économiques, « Ressources en santé : dentistes ».

¹² Porter, *The history of public health and the modern state*.

¹³ Morel, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suède de 1930 à 2008 : entre réformes et continuité ».

¹⁴ Vassel et Cazeau, « Rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) (1) de la commission des Affaires sociales (2) sur la protection sociale et la réforme des retraites en Suède, ».

¹⁵ Vassel et Cazeau.

Le système de santé suédois est de type beveridgien : il repose principalement sur le régime de base public, obligatoire et universel. Cette couverture de base est complétée par un régime d'assurances complémentaires privées et facultatives.

2.2.2. Loi sur les soins de santé (1982)

La loi sur la santé publique et les services médicaux impose aux comtés de promouvoir la santé de leurs résidents et d'assurer un accès égal au système de santé. Cette loi a accru la décentralisation du système pour donner davantage d'autonomie aux comtés chargés de la politique de santé.

Avec l'entrée en vigueur de cette loi affirmant le droit de recevoir toute l'aide nécessaire à domicile si tel est le souhait de la personne, quelle que soit l'ampleur des besoins, le service d'aide à domicile a dû s'intensifier. Des patrouilles de soirée et de nuit sont mises en place, permettant une prise en charge à domicile plus intensive. Ainsi, les personnes lourdement dépendantes peuvent résider à domicile plutôt qu'en institution.¹⁶

2.2.3. Réforme Ädel (1992)

La réforme Ädel a permis une transformation profonde de l'organisation des soins pour les personnes âgées. L'un des objectifs était de regrouper l'ensemble des soins sous la responsabilité des municipalités ; un autre était de renforcer la culture de service social et, ainsi, de démedicaliser les soins aux personnes âgées.

Par conséquent, la responsabilité de l'ensemble des soins médicaux de longue durée pour les personnes âgées a été transférée des conseils des comtés aux municipalités. La réforme a également introduit des incitations financières fortes en direction des municipalités afin qu'elles trouvent des solutions non hospitalières pour ce qu'on appelle communément des « bloqueur de lit » (« *bed blockers* »), ce sont des personnes hospitalisées qui pourraient, médicalement, quitter l'hôpital mais ne seraient pas en mesure de se débrouiller seules à la maison. Les municipalités ont été obligées de rembourser aux conseils de comtés le coût des soins apportés aux personnes dans cette situation, ce qui a eu pour effet de mettre sous pression le secteur des soins à domicile ainsi que les familles.¹⁷

¹⁶ Morel, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suède de 1930 à 2008 : entre réformes et continuité ».

¹⁷ Trydegård, « Les réformes des services de soins suédois dans les années quatre-vingt-dix. Une première évaluation de leurs conséquences pour les personnes âgées ».

2.2.4. Plan national d'actions (1998)

« Le Plan national d'actions adopté par le Parlement en 1998 confirme les objectifs généraux de la législation et autres documents officiels antérieurs. Il rappelle que la politique envers les personnes âgées doit être financée de façon solidaire par l'impôt et que les services doivent être disponibles en fonction des besoins de chacun, indépendamment de son niveau de revenu. Les objectifs portent sur les aspects qualitatifs de la prise en charge, plutôt que sur les aspects quantitatifs : cette politique doit permettre aux personnes âgées de vieillir en sécurité et en conservant le plus d'indépendance possible : mener une vie active et participer à la vie de la société, être traitées avec respect, et avoir accès à une aide et à des soins de qualité.

Concrètement, ce Plan d'actions est assorti de nouvelles aides financières spécifiques de la part de l'État. La modification de la loi de 1998 inscrit un nouvel article dans la loi sur les services sociaux spécifiant qu'il est du devoir des municipalités de soutenir les proches qui prodiguent des soins à une personne âgée ou handicapée. Ce budget consacré au soutien des proches et aidants informels marque une nouvelle étape dans la politique envers les personnes âgées.

Le projet, connu sous le nom de « *Anhörig 300* » a tout d'abord mis en lumière et a reconnu officiellement le travail informel effectué par les proches. Il a ensuite permis d'identifier leurs besoins et de développer des structures pour soutenir les aidants informels. Ce projet a également renforcé l'action des aidants en leur proposant des formations et en créant des centres de conseils et d'écoute ainsi que d'autres activités de soutien. »¹⁸ Des séries de séminaires et des bilans de santé gratuits ont été proposés aux proches et aux personnels.¹⁹

2.3. Organisation du système de soins

2.3.1. État

Le parlement, *Riksdagen*, demeure l'autorité suprême de décision politique en Suède.

D'après l'article 1 de la constitution suédoise, la démocratie est fondée sur la liberté d'opinion, et sur le suffrage universel. Cela est représenté avec le parlement et les autorités locales. L'article 7 quant à lui, indique que la Suède est constituée de comtés et des municipalités, qui exercent leur autorité par le biais d'assemblées élues.²⁰

¹⁸ Morel, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suède de 1930 à 2008 : entre réformes et continuité ».

¹⁹ Sundström, Johansson, et Socialstyrelsen, *Anhörig 300 / Slutrapport*.

²⁰ Sveriges kommuner och landsting, « Municipalities and regions ».

L'intervention de l'État central est limitée à certains domaines spécifiques tels que la définition des priorités, la détermination des grands objectifs de santé publique, la définition d'un panier de soins minimum, les procédures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments.²¹

2.3.2 Comtés et municipalités

Il n'y a pas de rapport hiérarchique entre les comtés et les municipalités, puisque qu'ils ont chacun leur propre autorité et sont en charge de différentes activités spécifiques. Ils ont pour mission de développer les services publics avec un haut degré d'autonomie ; ils sont indépendants pour gérer leurs impôts.

2.3.2.1 Comtés

Les comtés sont les premiers niveaux de subdivision territoriale, aussi appelés départements ou provinces. La Suède en compte 21. Leur population varie de 130 000 à 1,8 million de personnes. Outre la gestion des soins primaires, les comtés dirigent les structures hospitalières et autorisent l'installation des praticiens privés.²²

Ils sont responsables de l'organisation, du financement du système de santé et de la fourniture des soins.

2.3.2.2 Municipalités

Les municipalités, aussi appelées communes sont au nombre de 290. La prise en charge des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées relève des municipalités depuis 1992 (réforme Ädel). En 1995, les soins de longue durée aux malades mentaux ont également été placés sous leur responsabilité.

Comtés et municipalités sont gouvernés par des assemblées élues et disposent du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé. Le prélèvement des impôts à la source est géré par l'État mais le montant de la contribution locale est fixé par les municipalités, qui reversent aux comtés la part des dépenses de santé que ceux-ci gèrent pour le compte des municipalités.²³

²¹ Chambaretaud et Lequet-Slama, « Les systèmes de santé nationaux du nord de l'Europe et l'influence des modèles libéraux durant la crise des années quatre-vingt-dix ».

²² Chambaretaud et Lequet-Slama.

²³ Sveriges kommuner och landsting, « Municipalities and regions ».

Figure 1 : Carte de la Suède et de ses comtés



Source : Ministère de l'Europe et des affaires étrangères, direction des Archives (pôle géographique), Carte de la Suède et de ses comtés, 2018

2.3.2.3 Hôpital

Chaque comté possède un hôpital principal, qui fonctionne comme un centre régional de recherche et d'études de santé.

Autour de cet hôpital universitaire s'articulent plusieurs hôpitaux régionaux spécialisés, plus petits, parfois avec une activité universitaire, mais dont l'activité en recherche est plus réduite. Chaque comté est très autonome quant à l'organisation de son système de santé, cependant cette spécialisation hiérarchisée du réseau hospitalier se retrouve dans la plupart des comtés.

2.3.2.4 Soins spécifiques aux personnes âgées

En Octobre 2018 : 88 000 personnes âgées de 65 ans et plus résidaient de façon permanente dans une résidence spécialisée et 236 000 recevaient des soins à domicile. Ainsi, 16 % des personnes de 65 ans et plus recevaient l'un de ces soins.²⁴

2.3.2.4.1 Services de soins à domicile

« Les personnes âgées devraient pouvoir vivre à la maison le plus longtemps possible et la dépendance institutionnelle réduite pour des raisons aussi bien humanitaires qu'économiques. »²⁵

L'intervention du service de soins à domicile s'inscrit dans le cadre d'un plan d'aide qui prend en compte les besoins d'assistance médicale mais également les besoins sociaux, environnementaux et affectifs :

- adaptation du logement aux difficultés de la personne (salle d'eau, largeur des portes, aplanissement des seuils, installation de rampes) ;
- ménage, entretien du linge, aide à la gestion administrative, courses ;
- mise à disposition de matériel médical et d'aides techniques (appareil auditif, fauteuil roulant, déambulateur, etc.) ;
- promenades, accompagnement à des événements festifs ;
- accès à des transports spécialisés pour rendre visite à un parent géographiquement éloigné ou pour voyager ;

²⁴ Socialstyrelsen, « Statistics on Elderly and Persons with Impairments – Management Form 2018 ».

²⁵ Trydegård, « Les réformes des services de soins suédois dans les années quatre-vingt-dix. Une première évaluation de leurs conséquences pour les personnes âgées ».

- mise en place d'un hébergement temporaire régulier, séquentiel, pour soulager le ou la conjoint(e). Il peut y avoir jusqu'à huit passages par 24 heures, y compris la nuit.²⁶

2.3.2.4.2 Résidences spécialisées pour les personnes âgées

Lorsque que l'institutionnalisation des personnes âgées est nécessaire, la politique suédoise stipule que toutes les institutions pour les personnes âgées doivent être les plus proches possibles d'un « chez soi », comme le serait le domicile.

« Résidences spécialisées pour les personnes âgées » est l'appellation officielle de toutes les institutions publiques, elles sont de structures diverses et proposent des services de soins variés. Pour un tiers environ d'entre elles, il s'agit de résidences services (*service home* ou *service flat*), où les personnes âgées peuvent louer un appartement (deux pièces ou trois pièces) et bénéficier des soins municipaux à domicile selon leurs besoins. Il existe des résidences traditionnelles (*old people's homes* et *nursing homes*) qui offrent des soins médicalisés aux personnes âgées présentant des pathologies très graves, des troubles neurologiques dégénératifs, des maladies en phase terminale, etc.

Au cours de la dernière décennie, les résidences de groupe (*group homes*) sont apparues comme une institution alternative à petite échelle, principalement à destination des personnes qui souffrent de troubles cognitifs.²⁷

« Certains établissements hospitaliers sont transformés en foyers collectifs à taille plus humaine, qui, dans une atmosphère familiale, offrent des soins 24 heures sur 24. Ces approches novatrices visent à traiter les résidents d'abord comme des personnes, et non comme des patients. »²⁸

²⁶ Della Monica, « Une approche universaliste de la personne âgée en Suède ».

²⁷ Trydegård, « Les réformes des services de soins suédois dans les années quatre-vingt-dix. Une première évaluation de leurs conséquences pour les personnes âgées ».

²⁸ Organisation mondiale de la santé, « Rapport mondial sur le vieillissement et la santé ».

3 : Caractéristiques du système de soins bucco-dentaires

3.1. Type d'offre

3.1.1. Cabinet privé

En 2010, 3 463 chirurgiens-dentistes travaillaient comme omnipraticiens en cabinet libéral, incluant les propriétaires de cabinets, les collaborateurs, et les employés des grandes compagnies privées.²⁹

Les contraintes organisationnelles et administratives limitées, en parallèle d'une sécurisation de l'activité et des salaires sont les principales motivations à choisir ce type d'exercice. À titre d'exemple, la compagnie *Praktikertjänst* est l'une des plus grandes de ce genre. Elle regroupe plus de 9 200 salariés et son chiffre d'affaire avoisine le milliard d'euros. Le secteur dentaire de la compagnie représente 1 170 salariés (chirurgiens-dentistes et auxiliaires dentaires) et plus de la moitié du chiffre d'affaires.³⁰

3.1.2. Service public : Service Public Dentaire et université

En 2010, le Service public accueille 4496 chirurgiens-dentistes soit 53 % d'entre eux : 4 065 soit 89 % exercent pour le Service Public Dentaire et 431 soit 11 % pour l'université.³¹

3.1.2.1. Service dentaire

Le Service Public Dentaire assure les soins bucco-dentaires généraux et de spécialité, tout comme les services hospitaliers. Les chirurgiens-dentistes du Service Public Dentaire ont pour principal rôle de mettre en œuvre les programmes de prévention.

Il y a 21 organismes de Service Public dentaire en Suède, un dans chaque région. Environ 95-98 % des enfants et 40 % des adultes reçoivent les soins bucco-dentaires dans ces centres.³²

Dans le secteur public, les salaires sont revus chaque année en fonction des résultats réalisés et des bonus obtenus sur l'année précédente. La négociation salariale s'effectue entre les chirurgiens-dentistes et les référents au sein de la structure de santé.³³

²⁹ Bullock, Cowpe, et Barnes, *Manual of dental practice 2014*.

³⁰ Carlac'H, Ouadirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

³¹ Bullock, Cowpe, et Barnes, *Manual of dental practice 2014*.

³² Folkandvarden, « About the Swedish Public Dental Service ».

³³ Carlac'H, Ouadirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

3.1.2.2 Université

Les praticiens travaillant dans les facultés de chirurgie-dentaire sont des employés de la faculté. Ils peuvent combiner leur travail à l'université avec un travail à temps partiel à l'extérieur ; avec l'accord de la faculté, ils peuvent travailler dans le privé ou au service public dentaire. Les titres académiques au sein des facultés dentaires suédoises sont : professeur (responsable de l'éducation et de la recherche), professeur associé/ maître de conférences (enseignement et recherche), et maître-assistant/conférencier (enseignement). Il existe des formalités académiques concernant la formation pédagogique et la recherche scientifique ; elles diffèrent selon le type de poste académique et le domaine / sujet de la conférence.³⁴

3.2. Professionnels

3.2.1. Chirurgien-dentiste

3.2.1.1 Formation initiale

Toutes les écoles dentaires sont publiques et financées par l'État, elles collaborent étroitement avec les facultés de médecine auxquelles elles sont rattachées. Les étudiants doivent avoir validé l'enseignement secondaire avant de débiter leurs études en odontologie. Il n'y a pas d'examen d'entrée obligatoire, mais les universités peuvent soumettre les étudiants à des entretiens ou des examens de pratique manuelle.³⁵

La formation, organisée en 10 semestres, se déroule sur 5 ans. A l'université Karolinska de Stockholm, les étudiants sont confrontés à la vie professionnelle dès leur première année par des exercices pratiques à la clinique dentaire, la visite de cabinet dentaire, et le contact avec des étudiants des années supérieures.

Ils rencontrent alors leurs premiers patients en deuxième année. Au début, ils ne font qu'examiner le patient, incluant aussi les radiographies, les diagnostics, et l'éducation à l'hygiène orale. Au fur et à mesure, les traitements deviennent plus complexes. Ainsi, les étudiants effectuent les soins restaurateurs et les couronnes en troisième année, les bridges et les prothèses amovibles en quatrième année et la chirurgie en dernière année. Ils obtiennent alors leur diplôme de Master de Sciences en Chirurgie Dentaire.³⁶

³⁴ Kravitz, Bullock, et Cowpe, *Manual of dental practice 2015 Sweden*.

³⁵ Bullock, Cowpe, et Barnes, *Manual of dental practice 2014*.

³⁶ Karolinska Institutet, « Dentistry 2019-2020 ».

3.2.1.2 Spécialisation

La spécialisation dure 3 années, après 2 années de travail comme omnipraticien. Il existe 8 spécialités reconnues : orthodontie, endodontie, pédodontie, parodontologie, prothèse, radiologie dento-maxillofaciale, chirurgie orale et maxillo-faciale, et physiologie du système stomatognathique.³⁷

En 2014, il y avait 885 spécialistes.³⁸

3.2.2 Auxiliaire dentaire

En Suède, on recense près de 2,2 équivalents temps plein d'auxiliaires pour un chirurgien-dentiste. Ces auxiliaires incluent 12 000 assistants dentaires et 3 989 hygiénistes. En particulier, 4 800 assistants dentaires et près de 1 490 hygiénistes sont salariés de cabinets dentaires privés, réduisant la densité d'auxiliaires par chirurgien-dentiste à 1,8.³⁹

3.2.2.1 Assistant dentaire

Les assistants dentaires ont pour fonction principale de participer à la gestion administrative et à la facturation. La gestion du matériel et la stérilisation font également partie de leurs missions.

Une évolution de carrière est possible dans les cabinets dentaires dès lors que le chirurgien-dentiste forme son assistant dentaire en vue d'une délégation de certaines tâches au fauteuil du patient. Ainsi, certains assistants dentaires ont alors la possibilité d'effectuer des actes de type diagnostic, radiographies, éducation du patient, nettoyage et traitement des gencives, et soins bucco-dentaires cosmétiques. Un dossier de délégation de tâche doit être fourni aux autorités de santé pour être validé.⁴⁰

3.2.2.2 Hygiéniste

La Suède fait partie des 23 pays européens à proposer une formation d'hygiéniste dentaire, instaurée à la fin des années 1960.⁴¹ Les hygiénistes dentaires ont été reconnus légalement comme des professionnels de santé en 1991 par la *National Board of Health and Welfare*.⁴²

³⁷ Bullock, Cowpe, et Barnes, *Manual of dental practice 2014*.

³⁸ Pälvärinne et al., « The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 9 : Sweden ».

³⁹ « Tandlakarförbundet ».

⁴⁰ Carlac'H, Ouadirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

⁴¹ Bullock, Cowpe, et Barnes, *Manual of dental practice 2014*.

⁴² Luciak-Donsberger, « Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe. »

Les hygiénistes suivent une formation universitaire 2 à 3 ans, selon les établissements. Ils obtiennent alors un diplôme de Bachelor en Sciences Dentaires.⁴³

Ce diplôme leur permet de créer leur propre cabinet. Ainsi, bien que la majorité des hygiénistes du secteur privé soit salariée d'un cabinet dentaire privé, 225 hygiénistes sont des auto- entrepreneurs. Grâce aux hygiénistes, les chirurgiens-dentistes ont donc la possibilité de déléguer des tâches au fauteuil. Cela couvre la consultation, le détartrage, le diagnostic de salivation/infection (tests bactériens, test de pH salivaire, test de débit salivaire), l'éducation à la santé (comprenant le régime alimentaire), l'examen radiographique, l'anesthésie et le soin conservateur. Il semblerait néanmoins que dans la pratique, les hygiénistes participent uniquement aux consultations et aux actes de prévention.⁴⁴

3.3 Prise en charge de la santé bucco-dentaire des Suédois

3.3.1. Financement public

3.3.1. Les moins de 23 ans

Des réformes ont été mises en place entre 1999 et 2008 pour accompagner la population dès son plus jeune âge. En parallèle, la *National Board of Health and Welfare Unit (NBHWU, Socialstyrelsen)*, équivalent du Ministère de la Santé, a établi des recommandations en termes de démarche de prévention, d'éducation de la population aux soins dentaires et d'identification des moyens à engager pour traiter les lésions dentaires.

Une réforme de 2008 renforce la prévention en organisant la gratuité des soins bucco- dentaires jusqu'à l'âge de 19 ans révolus. Cette réforme a aussi pour objectif de renforcer les bases de l'hygiène bucco-dentaire chez les jeunes générations pour pérenniser ce capital santé tout au long de leur vie. Elle s'appuie sur des soins cliniques curatifs et préventifs, des consultations dentaires régulières, une activité interdisciplinaire, des interventions de promotions de la santé bucco-dentaire dans les écoles et des programmes particuliers pour les individus à haut risque.

La prévention a également lieu au sein des écoles, une à deux fois par an grâce à l'intervention des pédodontistes et assistants dentaires et en centres de santé par l'intermédiaire des hygiénistes. Différentes actions sont alors menées : l'éducation et la formation à l'hygiène bucco-dentaire, l'offre de traitements préventifs à base de fluor (recours aux bains de bouche fluorés à l'école et mise en

⁴³ Carlac'H, Ouairdirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

⁴⁴ Carlac'H, Ouairdirhi, et Romeo.

place de vernis fluorés dans les centres), ainsi que la fourniture d'une brosse à dents et d'un dentifrice après la première visite. ⁴⁵

Une nouvelle réforme progressive permet de renforcer la prise en charge des soins des jeunes, jusqu'à 21 ans en 2017, jusqu'à 23 ans en 2018, et jusqu'à 24 ans d'ici 2020. ⁴⁶

3.3.1.2 Aide annuelle pour soins dentaires, *ATB: allmänt tandvårdsbidrag*

Les suédois bénéficient d'une aide annuelle pour les soins dentaires en fonction de leur âge.

- 24-29 ans : 600 SEK (56 euros) ;
- 30-54 ans : 300 SEK (28 euros) ;
- dès 65 ans : 600 SEK (56 euros). ⁴⁷

L'aide peut être éventuellement reportée une seule fois.

Le coût final des soins dépend du prix fixé par le chirurgien-dentiste ou l'hygiéniste, qui doit être communiqué au patient avant le traitement. Le patient décide alors avec le praticien s'il utilise cette aide ou s'il la reporte. ⁴⁸

3.3.1.3 Aide annuelle au paiement des soins dentaires coûteux : *högkostnadsskydd*

Cette aide dépend du coût total des soins prévus sur 1 an :

- le premier seuil se situe au-delà de 3 000 SEK (282 euros), le patient reçoit une compensation de 50 % des frais engagés ;

- au-delà de 15 000 SEK (1 412 euros), le patient reçoit une compensation de 85 % des frais engagés.

Le pourcentage de la compensation est décidé par rapport au prix de référence (défini dans le 3.3.4 Tarifs des soins bucco-dentaires). Si le chirurgien-dentiste n'applique pas les prix de référence, le patient devra payer la différence.

Si le patient bénéficie déjà d'une aide annuelle dentaire ou d'une aide spécifique, ces aides financières sont soustraites avant le calcul pour l'aide annuelle au paiement des soins dentaires

⁴⁵ Carlac'H, Ouairdirhi, et Romeo.

⁴⁶ Folk tandvården, « About the Swedish Public Dental Service ».

⁴⁷ Försäkringdkassan, « Dental Care Subsidy ».

⁴⁸ Försäkringdkassan.

onéreux. Cette aide n'est pas valable pour les soins esthétiques (les éclaircissements, l'orthodontie, les facettes, ...), et les soins sur abonnement.⁴⁹

3.3.1.4 Forfait/abonnement : *frisktandvårdsavtal*

Le principe de l'abonnement, qui garantit des prix fixes, a été mis en place en 2004 par le gouvernement ; il compte près de 700 000 adhérents.⁵⁰ Le principe est le suivant : le patient bénéficie d'un examen clinique et radiographique dans un centre afin de déterminer son appartenance à un groupe de patients selon son risque de développer une maladie carieuse et parodontale. Il existe 10 groupes et pour chacun d'entre eux, les tarifs sont spécifiques. Plus le risque de développer une maladie est élevé, plus la classe de coûts est élevée.

Le montant total de l'abonnement est donc calculé en fonction de l'état des dents et des soins nécessaires pour les trois années à venir. Les tarifs sont déterminés par le comté ou la région. Le patient peut alors payer par mois, par an ou pendant la durée du contrat. La durée de l'accord est de trois ans.⁵¹

Tableau 3 : Tarifs pour chaque groupe du plus faible risque (1) au plus élevé (10)

Numéro des groupes	Tarif avec ATB inclut des 24-29 et des plus de 65 ans		Tarif avec ATB inclut des 30-64 ans	
	Par an	Par mois	Par an	Par mois
1	355 SEK	30 SEK	655 SEK	55 SEK
2	665 SEK	55 SEK	965 SEK	80 SEK
3	1 115 SEK	93 SEK	1 415 SEK	118 SEK
4	1 700 SEK	142 SEK	2 000 SEK	167 SEK
5	2 510 SEK	209 SEK	2 810 SEK	234 SEK
6	3 415 SEK	285 SEK	3 715 SEK	310 SEK
7	4 420 SEK	368 SEK	4 720 SEK	393 SEK
8	5 365 SEK	447 SEK	5 665 SEK	472 SEK
9	6 665 SEK	555 SEK	6 965 SEK	580 SEK
10	8 185 SEK	682 SEK	8 485 SEK	707 SEK

Source : Traduit par l'auteur d'après Folk tandvården, « Prislister frisktandvård », 2019

A titre indicatif, le 27 Juillet 2019, le taux de change pour une couronne suédoise (SEK) est d'environ 0,094 euros.

⁴⁹ Försäkringdkassan.

⁵⁰ Carlac'H, Ouadirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

⁵¹ Folk tandvården, « Frisktandvård ».

3.3.1.5 Allocations spéciales pour soins dentaires

3.3.1.5.1 STB : Särskilt tandvårdsbidrag

Dans le cas de soins dentaires en lien avec des maladies, il existe des allocations spéciales dont l'une est la *särskilt tandvårdsbidrag*. Les pathologies concernées sont les suivantes :

- Traitement médicamenteux prolongé ou radiothérapie de l'oreille, du nez, de la bouche ou de la gorge ayant pour effet secondaire une sécheresse buccale ;
- Syndrome de Sjögren;
- Maladie pulmonaire obstructive chronique ;
- Mucoviscidose ;
- Colite ulcéreuse, Maladie de Crohn ;
- Maladie intestinale provoquant une malabsorption ou syndrome de l'intestin court ;
- Anorexie mentale, boulimie ou reflux gastro-œsophagien ;
- Diabète sévère ;
- Traitement de dialyse ;
- Traitement par cytostatiques, cytotoxiques ou immunosuppresseurs ;
- Transplantation d'organes.⁵²

Les patients bénéficient de 600 SEK (56 euros) tous les 6 mois pour des soins préventifs, en plus des allocations existantes pour les adultes (les allocations peuvent être cumulées lors d'une même visite). En revanche, cette allocation ne peut être reportée à l'année suivante et doit être utilisée dans les six mois, elle est versée directement au dentiste traitant après la déclaration des actes.⁵³

3.3.1.5.2 Aide pour les maladies chroniques et les personnes handicapées

Des aides sont accordées aux porteurs de maladie chronique ou d'un handicap permanent. Il s'agit de :

- Troubles cognitifs sévères ;
- Maladie de Parkinson ;
- Sclérose en plaque ;
- Paralysie cérébrale ;
- Arthrite rhumatoïde ;
- Lupus érythémateux systémique ;
- Sclérodermie ;
- Sclérose latérale amyotrophique (SLA) ;

⁵² Försäkringdkassan, « Dental Care Subsidy ».

⁵³ Carlac'H, Ouardirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

- Paralysies orofaciales ;
- Infarctus cérébral ou AVC, si après 6 mois le patient présente des symptômes qui empêchent de prendre soin de son hygiène buccale ou de se faire soigner ;
- ou une maladie rare.

Le praticien perçoit une consultation à chaque séance de soin. Les prothèses fixées et amovibles sont exclues de l'aide et sont à la charge des patients.⁵⁴

3.3.2. Financement privé

Les patients ont la possibilité de souscrire à une assurance complémentaire auprès d'organismes d'assurances privées. Néanmoins cette offre est en pleine structuration et seules deux « assurances » ont une offre pour les soins bucco-dentaires, l'une privée « Allra » et l'autre étant d'origine gouvernementale : c'est le forfait /abonnement décrit précédemment.

Les Suédois ont donc très peu recours à cette offre actuellement, seuls 7 % à 8 % de la population ont contracté une assurance complémentaire.⁵⁵ Le forfait n'est pas considéré comme une assurance par les Suédois.

3.3.3. Tarifs des soins bucco-dentaires

Les différentes aides financières sont versées directement au chirurgien-dentiste par la sécurité sociale. Le patient ne règle donc que le reste à charge, hors aides financières, dès lors qu'elles n'ont pas été utilisées auparavant.⁵⁶

⁵⁴ Försäkringdkassan, « Dental Care Subsidy ».

⁵⁵ Carlac'H, Ouardirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

⁵⁶ Carlac'H, Ouardirhi, et Romeo.

Tableau 4 : Récapitulatif des aides publiques pour la prise en charge des soins bucco-dentaires

Prise en charge	Soins bucco-dentaires
< 23 ans	100 %
Adultes dès 23 ans	<p>Aide annuelle ATB</p> <p>24-29 ans 600 SEK</p> <p>30-64 ans 300 SEK</p> <p>>65 ans 600 SEK</p> <p>% d'aide pour les soins onéreux :</p> <p>- 0 % pour un coût total ≤ à 3 000 SEK</p> <p>- 50 % pour un coût total compris entre 3 000 et 15 000 SEK</p> <p>- 85 % pour un coût total ≥ 15 000 SEK</p>
Personnes handicapées, malades chroniques	Allocations spéciales dont STB

Source : Auteur, d'après Carlac'H, Ouadirhi et Romeo, « Organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas », 2018

Tableau 5 : Récapitulatif du nombre de suédois ayant bénéficié de l'aide gouvernementale individuelle, en 2015

Age (ans)	Nombre de personnes ayant bénéficié de ATB	Nombre de personnes ayant bénéficié de STB	Nombre de personnes ayant bénéficié de l'aide aux soins onéreux	Total
20-29	579 623	1 561	52 279	594 615
30-49	1 174 823	7 469	273 179	1 250 272
50-64	1 000 044	12 930	410 144	1 115 649
64-74	680 699	12 753	351 781	774 584
>75	442 512	7 760	196 731	595 954
Total	3 881 341	42 473	1 284 114	4 231 074

Source : Carlac'H, Ouadirhi et Romeo, « Organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas », 2018

« Le gouvernement fixe des tarifs de référence non opposables, c'est-à-dire que le chirurgien-dentiste fixe lui-même ses honoraires. Cette tarification se veut raisonnable pour le patient et le chirurgien-dentiste en prenant en considération la complexité des traitements et les frais réels pour le patient.

Depuis 2008, l'agence gouvernementale TLV (*Dental and Pharmaceutical Benefits Agency - Tandvårds läkemedelsförmånsverket*) a été mandatée afin de définir les prix de référence des soins bucco-dentaires. Les tarifs sont révisés par le TLV chaque année.

Si les tarifs sont supérieurs aux références, le patient doit régler la différence ; les chirurgiens-dentistes ont alors l'obligation d'afficher les tarifs et de préciser s'ils suivent la référence ou non. Ainsi, les tarifs pratiqués pour les soins bucco-dentaires en Suède sont en moyenne de 5 % au-dessus de la référence, et jusqu'à 10 % dans les grandes villes. »⁵⁷ Les grandes villes de Suède sont de plus de 100 000 habitants, avec en 2019 : Stockholm la capitale, avec 2 361 864 habitants, Göteborg avec 575 597 habitants et Malmö avec 341 856 habitants.⁵⁸

La nomenclature recense 174 actes (cf Annexe 3. Un prix de référence leur est associé soit pour un omnipraticien soit pour un spécialiste. Les prix sont en moyenne plus élevés qu'en France, à titre d'exemple la consultation d'omnipraticien coûte 845 SEK (soit environ 80 euros). Néanmoins, cette consultation regroupe le diagnostic de lésions carieuses, 4 radiographies au maximum, et un détartrage de 5 minutes maximum. Cet acte de consultation est pris en compte à chaque visite ; des codes de nomenclature permettent de faire la distinction entre une première consultation, une consultation associée à un traitement de base (environ 80 euros), ou une consultation d'urgence. Ainsi, le prix d'une consultation varie ainsi entre 80 euros et 162 euros pour un examen complet.⁵⁹

⁵⁷ Carlac'H, Ouairdirhi, et Romeo.

⁵⁸ Statistics Sweden, « Population in the country, counties and municipalities on 30 June, 2019 and population change in april-june 2019 ».

⁵⁹ Carlac'H, Ouairdirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

Tableau 6 : Exemple de tarifs pour les principaux actes

Actes	Prix de référence en Suède (en euros taux de change du 27/07/19 x 0,094)	Base de remboursement en France
Consultation	Par un chirurgien- dentiste : 79,43 € Par un hygiéniste : 59,69 €	23 €
Rétro alvéolaire	5,17 €	7,98 €
Panoramique	49,35 €	20 €
EHO	37,9 €	NPC
Détartrage	74,73 €	28,92 €
Obturation d'une molaire	1 face : 72,85 € 2 faces : 107,16 € 3 faces : 142,41 €	1 face : 19,28 € 2 faces : 33,74 € 3 faces : 40,97 €
Endodontie	1 canal : 319,13 € 2 canaux : 384,93 € 3 canaux : 482,69 € 4 canaux et plus : 526,4 €	Incisivo-canin : 33,74 € Prémolaire : 48,2 € Molaire : 81,94 €
Couronne céramo-métallique	540,97 €	107,5 €
Prothèse amovible complète	871,38 €	182,75 €
Avulsion simple	96,35 €	33,44 €

Source : Auteur, d'après Tandvårds och Läkemedelsförmånsverket et Assurance maladie en ligne, Synthèse de tarifs pour les principaux actes dentaires, 2019

La Suède propose une tarification supérieure à la France. Elle incite à la responsabilisation du patient et du praticien par une tarification de l'éducation à l'hygiène orale. Le système de santé suédois valorise la prise en charge à travers des soins conservateurs et la prévention.

3.4. Avantages et inconvénients intrinsèques au système de santé suédois

D'un point de vue culturel en Suède, les enfants doivent mener leur propre vie ; ils ne s'occupent pas des parents puisque c'est l'État qui est à la charge des personnes âgées. Les assistants rendent visite aux personnes âgées et en quelque sorte remplacent la famille ; cependant ils ne consacrent qu'une quinzaine de minutes à chaque visite. En 2004, 81 % des Suédois considèrent que c'est à l'État de financer la prise en charge des personnes âgées dépendantes contre 50,3 % pour la moyenne européenne.⁶⁰

3.4.1. Avantages

Le système de santé bucco-dentaire est performant du fait de l'important soutien financier de l'État pour les soins de base/préventifs et les actes complexes. La politique de prévention développée a limité le pourcentage d'édentés de plus de 65 ans ; il est le plus faible d'Europe avec 6 % vs 16 % en France, en 2015.⁶¹

La population suédoise a conscience des enjeux de l'hygiène bucco-dentaire et s'investit pleinement dans sa mise en œuvre au quotidien, quel que soit l'âge de la population.

3.4.2. Limites

- La décentralisation du système de santé suédois contribue aux différences régionales en matière d'accès aux services et de soins, à l'encontre du principe général énoncé dans la loi sur les soins de santé. Pour réduire les inégalités, le système de redistribution par l'État est conçu pour assurer une répartition plus équitable des ressources ; des fonds supplémentaires sont disponibles pour des programmes ciblés. En pratique, les grandes régions évoluent en renforçant la collaboration régionale pour le partage des investissements et des services.⁶²
- Il faut noter une lourdeur administrative pour les chirurgiens-dentistes qui doivent gérer les aides pouvant être perçues par leur patientèle. La tarification s'avère donc complexe pour les praticiens et les patients.⁶³ Bien qu'un système informatique facilite cette gestion

⁶⁰ Morel, « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suède de 1930 à 2008 : entre réformes et continuité ».

⁶¹ Council of european chief dental officers, « CEEDO database ».

⁶² Organisation for economic cooperation and development et European observatory on health systems and policies, *Sweden : country health profile 2017*.

⁶³ Carlac'H, Ouardirhi, et Romeo, « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ».

administrative, les chirurgiens-dentistes y consacrent en moyenne une demi-journée par semaine.

3.5. Exemple de prise en charge

Le praticien présente le devis au patient avant les soins, et celui-ci décide ou non d'utiliser l'une de ses aides financières. S'il l'utilise, il n'avance pas la totalité des frais et il ne règle donc que le reste à charge.

Exemple d'un traitement à 18 000 SEK (comprenant 2 couronnes céramo-métalliques, un traitement endodontique de 3 canaux, et une restauration molaire 3 faces) :

- le patient règle 3 000 SEK (pas de remboursement de cette première tranche).
- entre 3 000 et 15 000 SEK : l'État prend en charge 50 % des 12 000 SEK, soit 6 000 SEK. Le patient règle 6 000 SEK.
- Au-delà de 15 000 SEK, l'état prend en charge 85 % des frais (soit 2 550 SEK). Le patient règle 450 SEK.

Règlement du patient : 9 450 SEK
Règlement du *Landsting* : 8 550 SEK

4 : Étude dans un centre d'odontologie gériatrique à Stockholm

Afin d'évaluer la santé bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes en Suède, une étude a été menée au centre d'odontologie gériatrique de l'hôpital de Capio Saint-Göran de Stockholm.

4.1. Présentation du centre d'odontologie gériatrique de l'hôpital de Capio Saint-Göran de Stockholm (ACT)

Figure 2 : Entrée du centre d'odontologie gériatrique



Source : Academic center for geriatric dentistry, « Entrén Akademiskt centrum för äldretandvård och Folk tandvårdskliniken Stockholmssjukhem »

L'ACT *Academic center for geriatric dentistry* a été fondé en 2013 en collaboration entre le département de médecine dentaire de l'institut Karolinska, le Service Public Dentaire suédois, la région de Stockholm et l'organisme qui gère les maisons de retraite de Stockholm.

Son but est de développer les connaissances en santé bucco-dentaire et d'améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées dans le comté de Stockholm par la recherche clinique et les soins. Ce centre propose aussi aux personnes âgées une éducation à la santé bucco-dentaire et générale.

Il est situé dans l'hôpital de Capio Saint-Göran, à proximité du service de soins de longue durée. Il accueille les patients de ce service ainsi que les personnes âgées externes et les personnes handicapées.

L'ACT dispose de 6 chirurgiens-dentistes à temps partiel (praticiens qui mènent des projets de recherche en parallèle), 3 hygiénistes, 7 assistantes dentaires et 1 secrétaire. Le centre est ouvert du Lundi au Vendredi de 7h30 à 19h. La spécialisation en gériatrie se caractérise par un matériel spécifique : monte personne, fauteuils adaptés, MEOPA, ... Le centre peut répondre à tous les besoins de soins des patients : implantologie, prothèse, parodontologie, chirurgie, odontologie conservatrice, et endodontie. En 2018, 6 000 patients ont été reçus, contre 5 800 en 2017.

Le service de longue durée de l'hôpital de Capio Saint-Göran dispose de 99 places ; une fois par an un hygiéniste dépiste les patients en chambre, tous les 3 mois les patients voient un hygiéniste au fauteuil et un chirurgien-dentiste une fois par an. Antérieurement, certains patients bénéficiaient d'une visite mensuelle d'un hygiéniste ; maintenant l'État restreint à 4 visites gratuites par an.

4.2. Étude

4.2.1. Description de la population cible

La population cible est composée des personnes âgées hospitalisées dans le service de longue durée au sein du service de gériatrie. L'objectif est de comparer les résultats à ceux d'une population similaire en France afin de dégager des pistes de réflexion quant à leur prise en charge.

4.2.2. Méthodologie de l'étude

Les données ont été recueillies grâce aux examens cliniques réguliers effectués par les hygiénistes. Un seul hygiéniste dépiste les patients une fois par an. Ensuite, ces patients sont suivis tous les 3 mois par un hygiéniste au fauteuil.

Les éléments du dossier dentaire et médical étant collectés sur le même logiciel sont facilement accessibles. Ainsi, l'hygiéniste reporte directement sur le logiciel le schéma dentaire, les habitudes d'hygiène et alimentaires, et les besoins de soins.

Pour cette étude, les données ont été transférées sur une feuille d'observation type (Annexe 1 et 2) par une infirmière suédoise en vue de leur utilisation après traduction. Cette fiche permet de visualiser rapidement l'état bucco-dentaire du patient.

Cette fiche regroupe :

- les données sociodémographiques : initiales, sexe, âge, besoin exprimé et antécédents médicaux et chirurgicaux ;
- les habitudes d'hygiène et alimentaires : type d'alimentation, technique de brossage, présence de débris alimentaires ;
- l'examen clinique : quantité de plaque et de tartre, existence de candidose, atteinte parodontale, et mobilités dentaires.
- l'examen des prothèses adjointes ;
- le schéma dentaire : dents absentes, lésions carieuses, usures dentaires, et types d'obturations.

4.2.3. Indices utilisés

Différents indices ont été utilisés dans l'étude :

- La quantité de plaque visible en bouche est déterminée selon une classification simplifiée.

Tableau 7 : Classification de la quantité de plaque visible en bouche

+	Atteignant moins de 1/3 de la hauteur coronaire
++	Atteignant entre 1/3 et 2/3 de la hauteur coronaire
+++	Atteignant plus de 2/3 de la hauteur coronaire

Source : Auteur, 2019

- La même classification a été retenue pour quantifier le tartre.
- Le critère de mobilité localisée correspond à des mobilités sur moins de 30 % des dents présentes. Le critère de mobilité totale correspond à des mobilités sur plus de 30 % des dents présentes.

- La maintenance parodontale n'est pas considérée comme un besoin de soins.

Les autres indices ont été calculés :

- L'indice CAO permet d'obtenir 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. L'indice varie de 0 à 28. Un individu ne présentant aucune dent cariée, absente ou obturée aura un CAO égal à 0.

- « 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 prothétique d'un individu, en représentant le nombre de dents absentes remplacées prothétiquement.»⁶⁴

Le calcul de cet indice se fait sur 28 dents, en additionnant les trois valeurs obtenues après examen clinique et radiographique. Une personne étant 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 masticoire quantifie la capacité d'un individu à mastiquer en fonction du nombre de dents présentes. Chaque dent a une valeur en pourcentage (entre 1 % et 5 %) en fonction de son importance dans la mastication. Le coefficient masticoire se calcule ainsi en faisant la somme de ces valeurs.

Les dents remplacées prothétiquement (fixe et amovible) ainsi que les dents de sagesse sont prises en compte dans cet indice à condition qu'elles assurent un engrènement normal. Les dents n'ayant pas d'antagonistes ou à l'état de racines n'ont aucune valeur car elles n'apportent rien en termes de fonction masticoire. Les valeurs de chaque dent sont indiquées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 8 : Valeurs des dents (en %) pour calculer le coefficient masticoire

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

⁶⁴ Danguy et al., « Amélioration de la santé bucco-dentaire des personnes en situation de précarité,"des soins pour tous" ».

4.3 Résultats

La population étudiée est celle du service de longue durée de l'hôpital de Capho Saint-Göran. Parmi les 99 patients du service, 75 ont été examinés par l'hygiéniste et/ou le chirurgien-dentiste. 24 patients n'ont pas été examinés car soit ils ont refusé d'emblée l'examen soit ils avaient un praticien traitant.

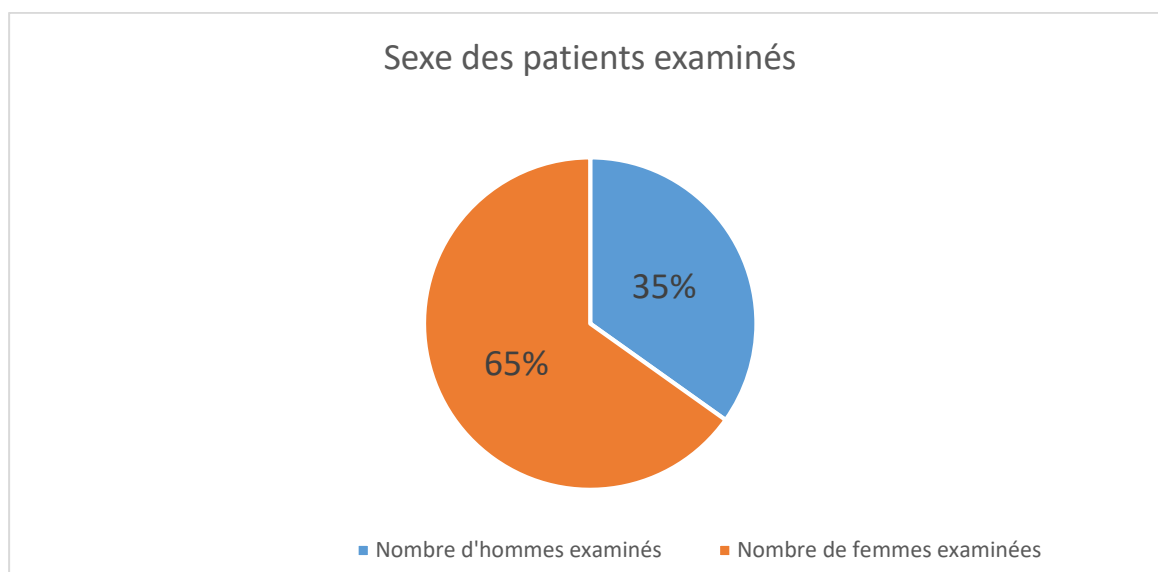
66 patients ont plus de 60 ans :

- avec une moyenne d'âge de 84,7 ans ;
- le patient le plus jeune a 60 ans, le plus âgé 103 ans.

- Sexe :

Le diagramme ci-dessous illustre la répartition de la population par sexe. Sur ces 66 patients, 23 sont des hommes et 43 des femmes. Les femmes représentent donc 65 % de la population, et les hommes 35 %. D'après l'OCDE, le pourcentage de femmes en Suède de 65 ans et plus est de 54 % en 2018.⁶⁵

Figure 3 : Répartition des patients par sexe



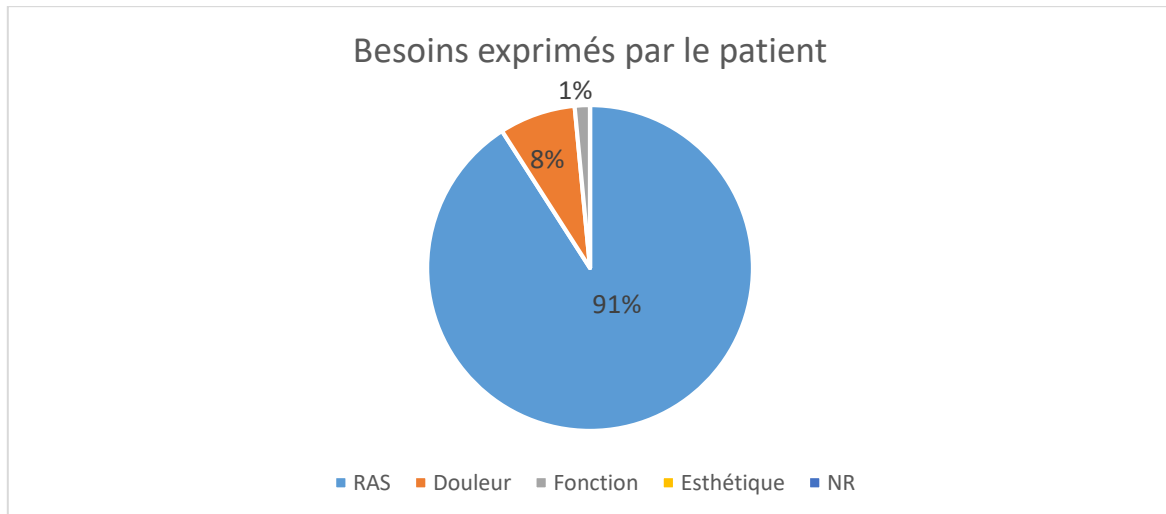
Source : Auteur, 2019

⁶⁵ Organisation de coopération et de développement économiques, « Population ».

- Besoins exprimés :

Le diagramme ci-dessous représente la répartition des besoins exprimés. Ainsi, 91 % des patients n'expriment aucun besoin particulier, 8 % des patients font état d'une douleur, et 1 % des patients se plaignent d'un trouble fonctionnel.

Figure 4 : Répartition des besoins exprimés par le patient

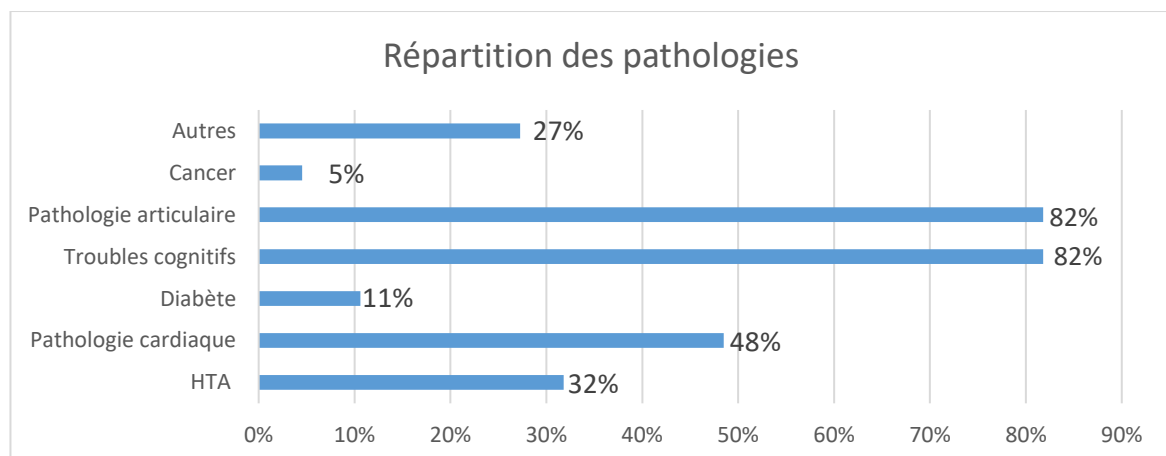


Source : Auteur, 2019

- Pathologies :

L'histogramme ci-dessous indique la répartition des pathologies au sein de la population. Les troubles cognitifs et les pathologies articulaires sont les plus représentés, chez 82 % des patients. 48 % des patients présentent une pathologie cardiaque, 32 % de l'hypertension, 11 % du diabète, 5 % un cancer. 27 % patients ont des pathologies autres que celles répertoriées.

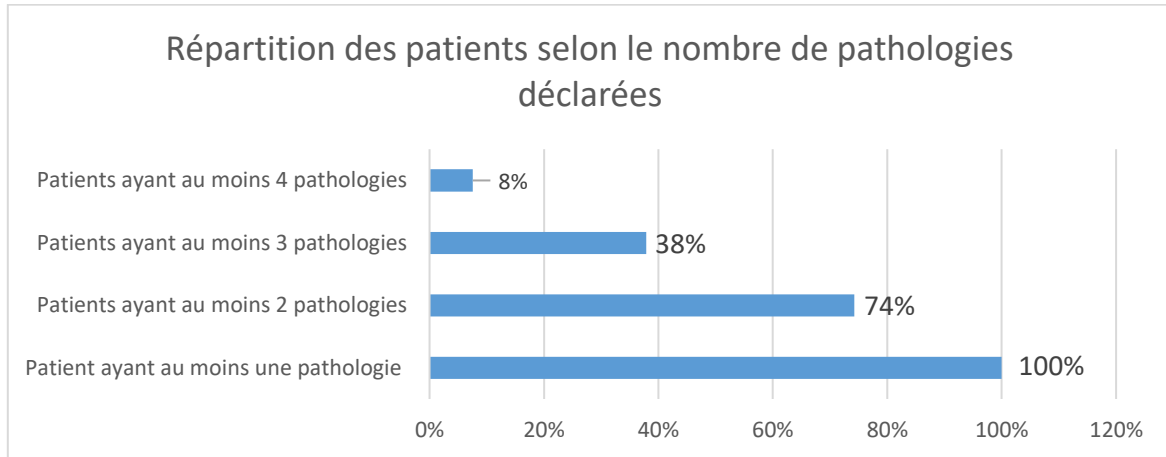
Figure 5 : Répartition des pathologies



Source : Auteur, 2019

100 % des patients présentent au moins une seule pathologie, 74 % des patients en présentent au moins 2, 38 % en présentent au moins 3 et 8 % au moins 4.

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

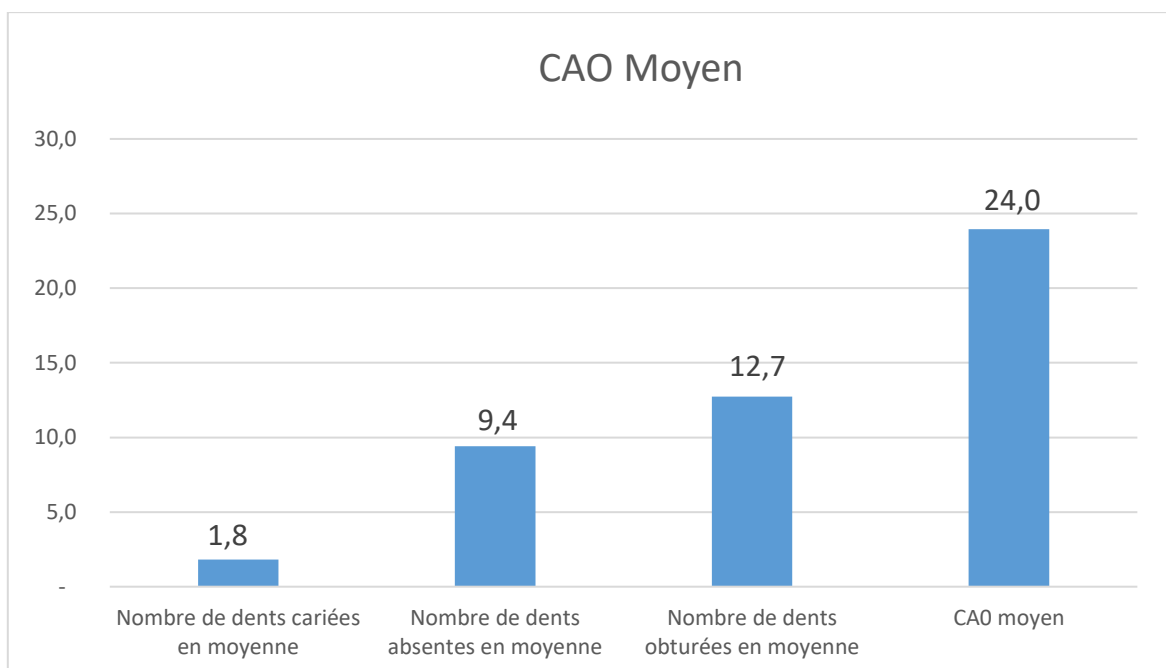


Source : Auteur, 2019

- CAO :

Le CAO moyen de la population est de 24. L'indice O est de 12,7, lié à un nombre de dents obturées important qui témoigne d'une prise en charge conservatrice en amont. L'histogramme ci-dessous permet de visualiser l'impact de chaque indice sur le CAO moyen.

Figure 7 : Indice CAO moyen



Source : Auteur, 2019

- Coefficient masticatoire :

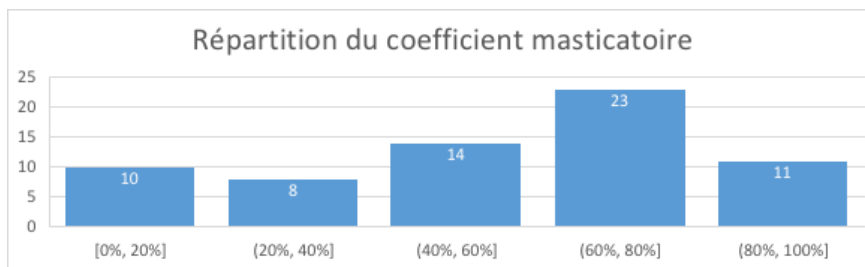
Le coefficient masticatoire a été calculé pour chaque patient, et une répartition des valeurs de ce coefficient est illustrée ci-dessous. La moyenne du coefficient masticatoire est de 56 % et seuls 3 patients présentent un coefficient masticatoire nul (soit seulement 5 %).

10 patients ont un coefficient masticatoire compris entre 0 % et 20 %, 8 patients entre 20 % et 40 %, 14 patients entre 40 % et 60 %, 23 patients entre 60 % et 80 % et 11 patients entre 80 % et 100 %.

41 % des patients ont un coefficient masticatoire inférieur à 50 %. Seuil à partir duquel on peut considérer qu'une réhabilitation prothétique est nécessaire.

Il n'y a aucun édenté total ou subtotal parmi les patients examinés.

Figure 8 : Répartition du coefficient masticatoire

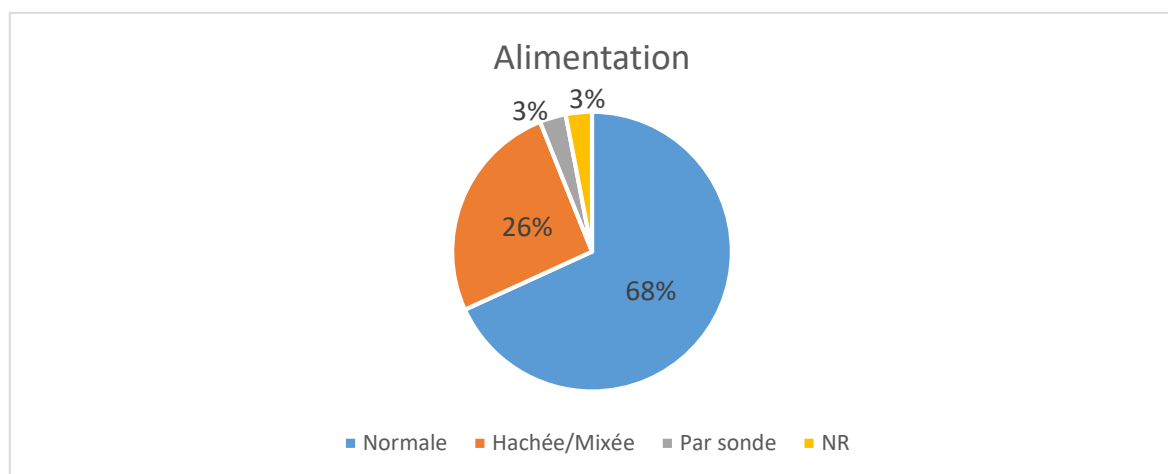


Source : Auteur, 2019

- Alimentation :

68 % des patients ont une alimentation normale, 26 % ont une alimentation hachée/mixée, et 3 % sont alimentés par sonde. Nous n'avons pas la donnée pour 3 % des patients.

Figure 9 : Alimentation

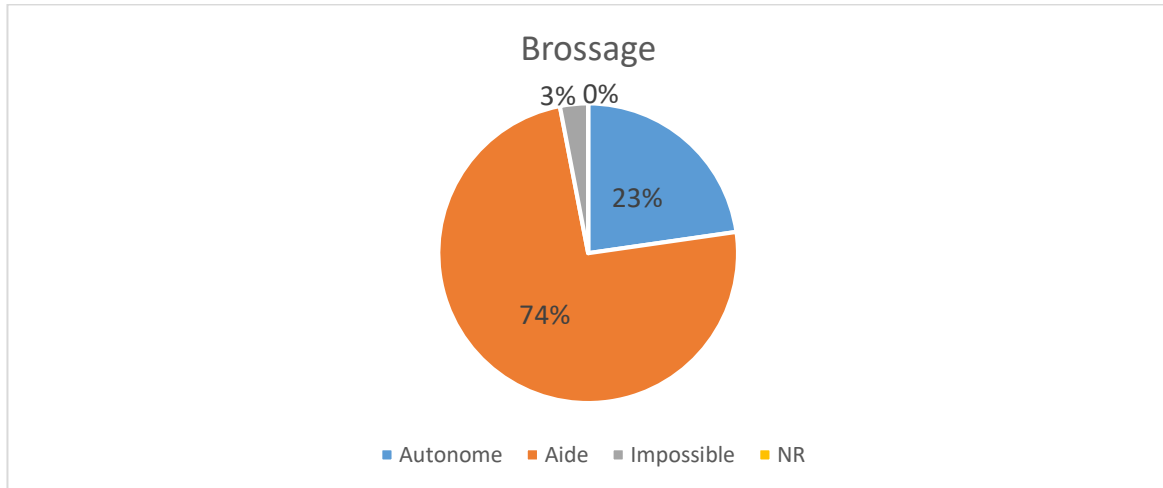


Source : Auteur, 2019

- Brossage :

74 % des patients ont recours à une aide pour le brossage des dents, seulement 23 % sont autonomes et 3 % des patients sont dans l'impossibilité de se brosser les dents.

Figure 10 : Brossage



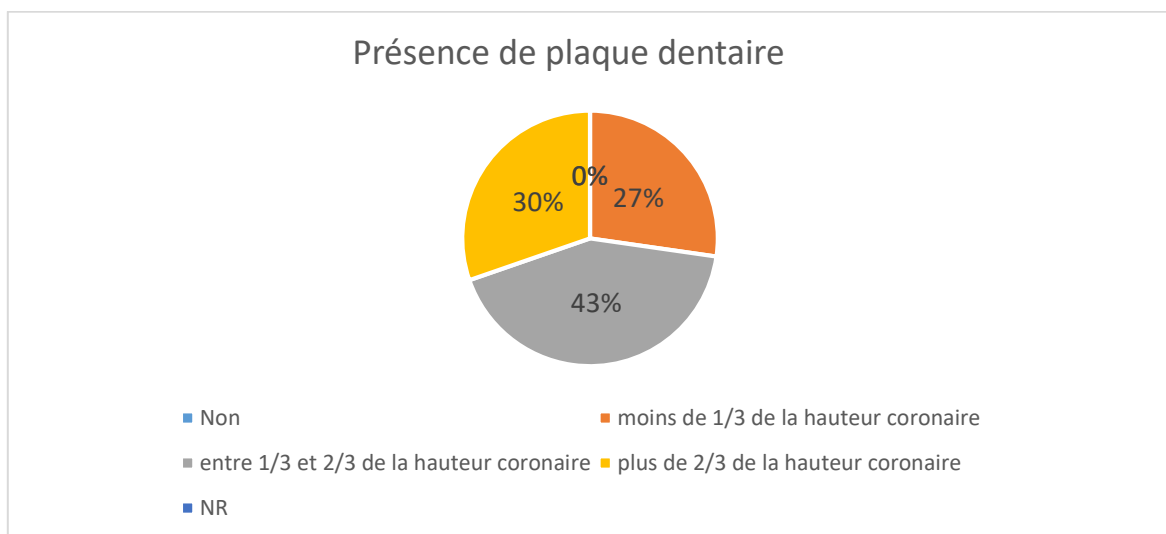
Source : Auteur, 2019

- Plaque dentaire :

Tous les patients présentent de la plaque dentaire en bouche recouvrant :

- moins du tiers de la hauteur coronaire : 27 % des patients ;
- entre un tiers et deux tiers de la hauteur coronaire : 43 % des patients ;
- plus de deux tiers de la hauteur coronaire : 30 % des patients.

Figure 11 : Présence de plaque dentaire

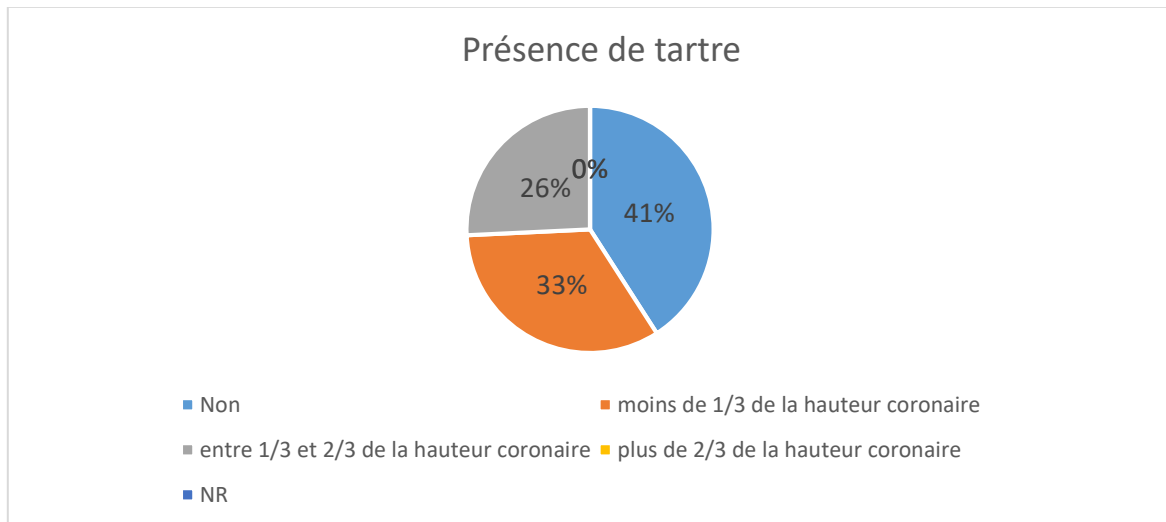


Source : Auteur, 2019

- Tartre :

41 % des patients ne présentent pas de tartre en bouche. 33 % des patients ont du tartre recouvrant moins du tiers de la hauteur coronaire, et 26 % entre un tiers et deux tiers de la hauteur coronaire. Aucun patient ne présente du tartre recouvrant plus deux tiers de la hauteur coronaire. Cela est lié aux suivis réguliers dont ils bénéficient.

Figure 12 : Présence de tartre

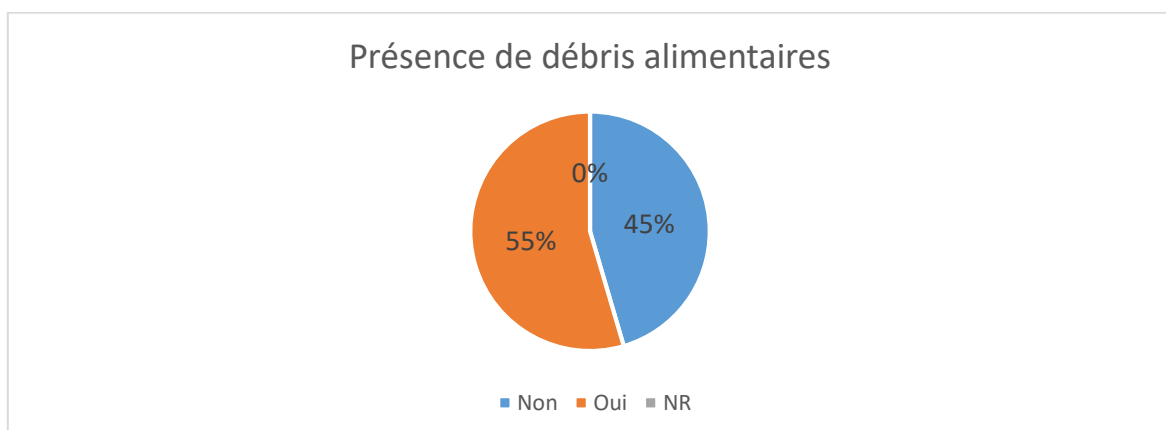


Source : Auteur, 2019

- Débris alimentaires :

55 % des patients présentent des débris alimentaires en bouche.

Figure 13 : Présence de débris alimentaires



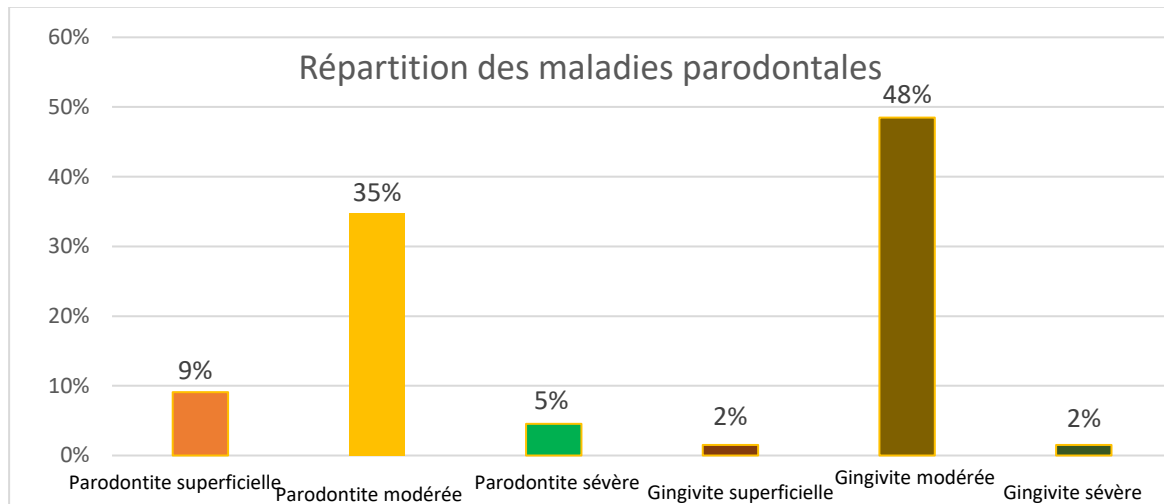
Source : Auteur, 2019

Aucun patient ne présente de candidose.

- Maladies parodontales :

L'ensemble des patients présente une maladie parodontale. Leur répartition est illustrée ci-dessous. Les gingivites représentent 52 % des maladies parodontales et les parodontites 48 %. Les parodontites modérées et les gingivites modérées sont les plus représentées au sein de la population, avec respectivement 35 % et 48 %.

Figure 14 : Répartition des maladies parodontales

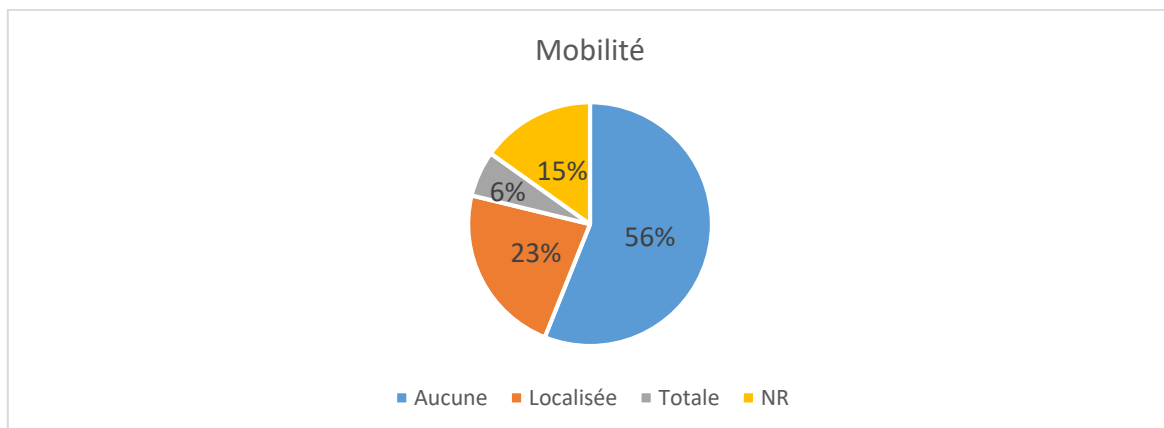


Source : Auteur, 2019

- Mobilité :

56 % des patients ne présentent aucune mobilité de leurs dents, 23 % des patients présentent une mobilité localisée (sur moins de 30 % des dents présentes), 6 % des patients ont une mobilité totale (sur plus de 30 % des dents présentes). Pour 15 % des patients, l'information n'était pas recensée dans le dossier.

Figure 15 : Mobilités



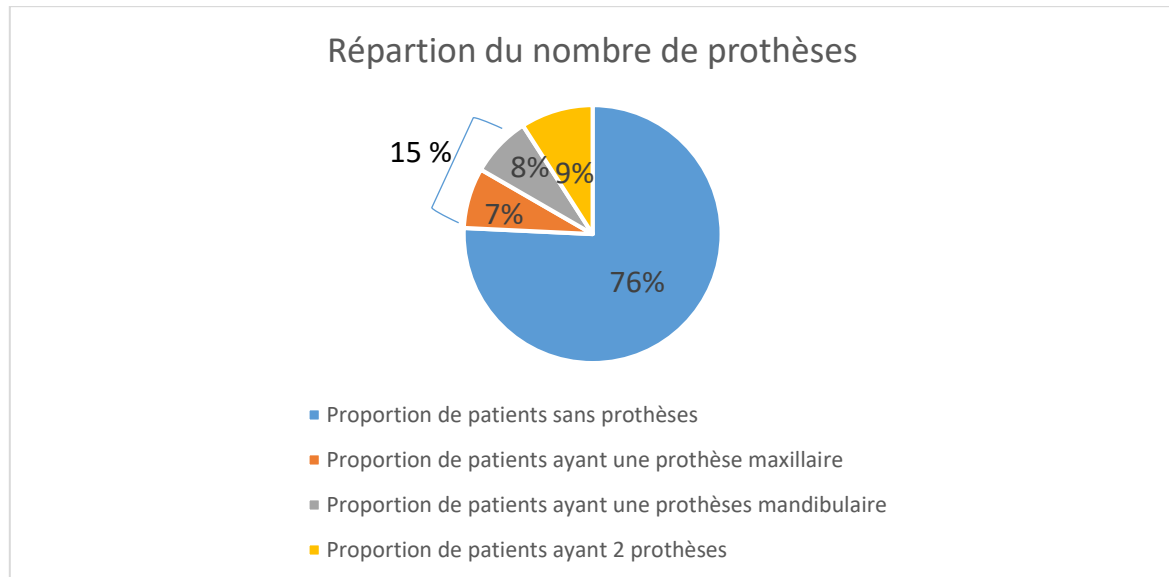
Source : Auteur, 2019

- Nombre de prothèses :

76 % des patients n'ont pas de prothèses amovibles. 15 % des patients une seule prothèse et 9 % des patients en ont deux prothèses.

8 % uniquement une prothèse mandibulaire et 7 % uniquement une prothèse maxillaire.

Figure 16 : Répartition du nombre de prothèses



Source : Auteur, 2019

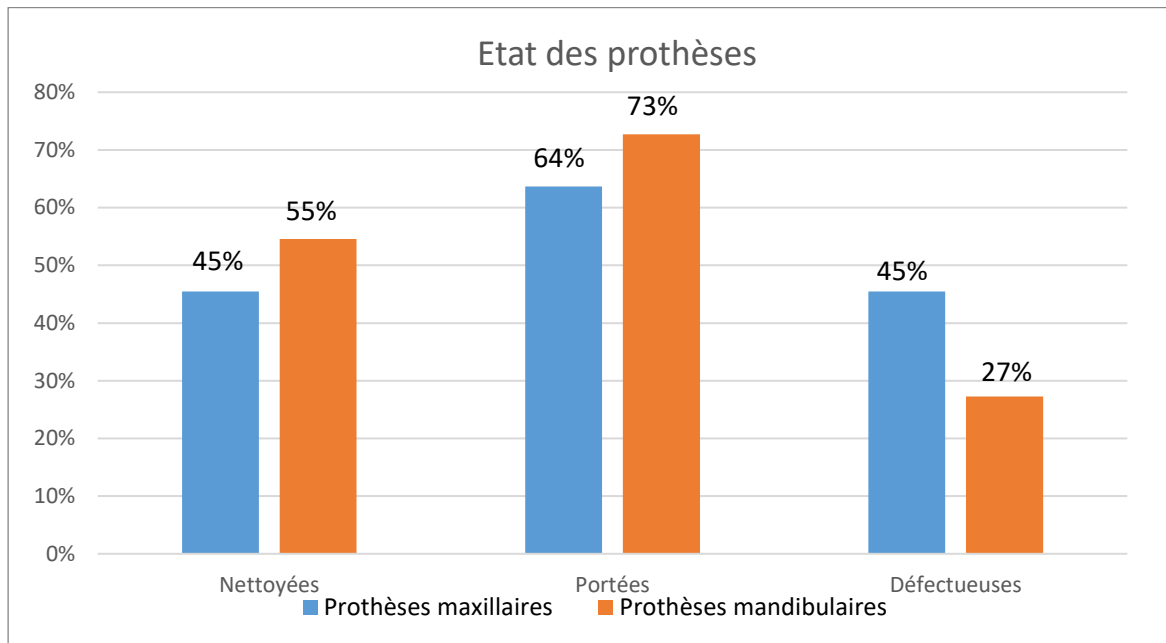
- État des prothèses :

Sur les 11 prothèses maxillaires et les 11 prothèses mandibulaires, on distingue :

- Prothèses portées :
Maxillaire : 64 % (soit 7 prothèses)
Mandibulaire : 73 % (soit 8 prothèses)
- Prothèses nettoyées :
Maxillaire : 45 % (soit 5 prothèses)
Mandibulaire : 55 % (soit 6 prothèses)
- Prothèses défectueuses :
Maxillaire : 45 % (soit 5 prothèses)
Mandibulaire : 27 % (soit 3 prothèses)

Dans l'ensemble ces prothèses amovibles sont portées par les patients, et il n'y a pas de différences entre les prothèses maxillaires et mandibulaires.

Figure 17 : État des prothèses



Source : Auteur, 2019

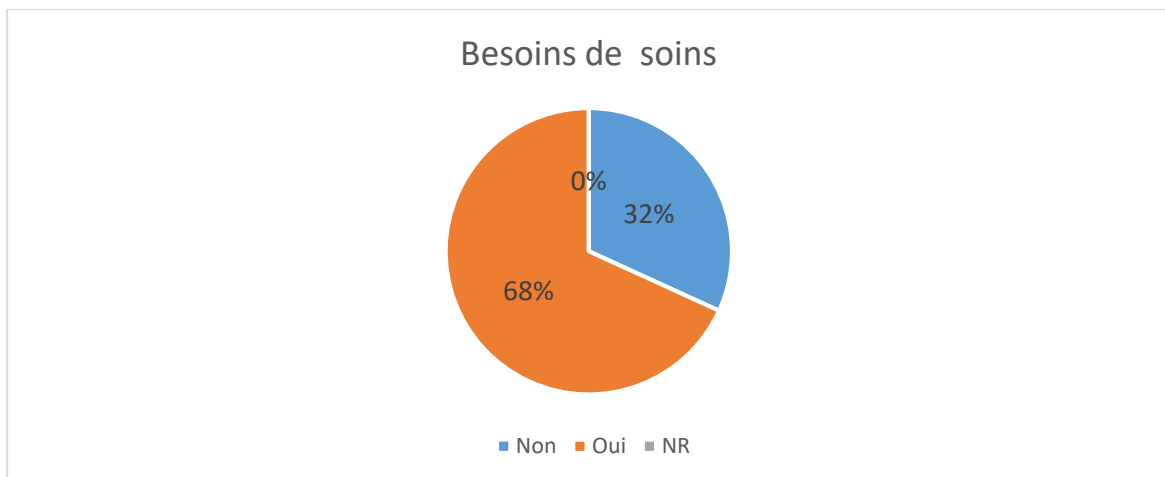
- XBI :

La moyenne du XBI est de 3,7, indiquant qu'en moyenne 3,7 dents sont remplacées prophétiquement.

- Besoins de soins :

68 % des patients ont besoin de soins : conservateurs, chirurgicaux et/ou parodontaux.

Figure 18 : Besoins de soins



Source : Auteur, 2019

Compte tenu du coefficient masticatoire inférieur à 50 % pour 41 % de la population, on estime que celle-ci a des besoins prothétiques.

4.4. Analyse des résultats en France et en Suède

Une étude similaire a été menée en France, à l'hôpital Corentin Celton à Issy les Moulineaux, portant sur des patients hospitalisés en service de longue durée.

Le tableau ci-dessous présente une description comparative des deux populations. L'âge moyen des deux populations est supérieur à 80 ans, avec une moyenne d'âge plus avancée pour la population française de 86,6 ans et de 80,6 ans pour la population suédoise.

La différence entre le nombre total de patients présents et le nombre de patients examinés inclus dans l'étude s'explique par leur refus. 75 patients suédois et 79 patients français ont été examinés. Cependant, 66 patients suédois examinés correspondaient dans le critère d'inclusion « patients âgés de plus de 60 ans » alors que la totalité des patients français examinés y correspondait.

La proportion de femmes au sein de deux populations étudiées est plus importante avec 65 % de suédoises et 73 % de françaises.

Tableau 9 : Comparaisons 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 présente le nombre de pathologies recensées ainsi que leur répartition. Les deux populations présentent une part importante de patients poly-pathologiques : 100 % des deux populations ont au moins une pathologie ; 84 % ayant au moins 2 pathologies en France et en 74 % en Suède.

Les troubles cognitifs représentent la pathologie la plus fréquente au sein des deux populations avec 73 % en France, et 82 % en Suède.

Les proportions de pathologies cardiaques, d'hypertension artérielle, de diabète sont semblables. Néanmoins, la part de cancer est près du double de la population suédoise au sein de la population française ; les pathologies articulaires dans la population suédoise prennent une part plus importante

(82 %) que dans la population française (24 %). On peut penser que les critères diagnostiques sont différents.

Tableau 10 : Comparaison des états de santé général

	France	Suède
Patient 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 (tous organes)	13 %	5 %
Autres	58 %	27 %

Source : Auteur, 2019

Le tableau ci-dessous compare les pourcentages des besoins exprimés par le patient. Les besoins sont plutôt similaires en termes de proportions.

Tableau 11 : Comparaison des besoins exprimés par le patient

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

Source : Auteur, 2019

Le tableau suivant compare le comportement des patients vis-à-vis de l'hygiène, de l'alimentation et du suivi régulier.

Les Suédois bénéficient d'une alimentation normale pour 68 % d'entre eux, alors que les Français reçoivent majoritairement une alimentation hachée/mixée (46 %). Cette différence peut s'expliquer par un aspect culturel de la prise en charge de la personne âgée et peut être aussi par la faiblesse observée du coefficient masticatoire de ces personnes.

Pour le brossage, 74 % des suédois sont aidés par l'équipe soignante alors que les habitudes chez les français sont difficilement objectivables. En effet, 41 % des non-renseignés représentent les patients incapables de répondre et les patients édentés totaux qui ne nécessitent pas de brossage.

Le suivi dentaire correspond à une visite chez le chirurgien-dentiste datant de moins d'un an. Tous les patients suédois sont suivis, ils bénéficient d'un dépistage annuel en chambre par l'hygiéniste, une visite chez l'hygiéniste tous les 3 mois à l'ACT et une visite chez le chirurgien-dentiste de l'ACT une fois par an. En France, seulement 18 % des patients ont un suivi régulier. Cette différence est liée à l'organisation du parcours de soin en Suède.

Tableau 12 : Comparaison des comportements des patients

		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

Le tableau ci-dessous présente des indices d'hygiène orale. Les comparaisons de l'indice de plaque et de tartre sont difficilement exploitables car les non renseignés en France incluent les patients édentés totaux alors qu'en Suède il n'y a pas d'édentés totaux. La plaque dentaire et le tartre ont besoin de surfaces dures et stables afin de se former, ce qui n'est pas le cas des édentés totaux. 41 % des patients suédois n'ont pas de tartre alors que seulement 20 % des patients français n'en présentent pas. Cette différence s'explique par la régularité des maintenances parodontales par les hygiénistes qui permettent d'intervenir avant la formation de tartre. Aucune pathologie muqueuse à type de candidose n'est retrouvée dans les deux populations.

Tableau 13 : Comparaison de l'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 renseigne l'état parodontal des populations.

27 % des NR français représentent toujours les patients édentés, ainsi la quasi-totalité des patients des deux populations présente une maladie parodontale. Le pourcentage de parodontite chez les patients français est 67,2 % contre 49 % chez les patients suédois. On observe en Suède peu de stades sévères.

Tableau 14 : Comparaison de l'état parodontal

		France	Suède
Maladies Parodontales :	Non	4 %	0 %
	Oui	70 %	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 %
Localisée		20 %	23 %
Totale		8 %	6 %
NR		27 %	0 %

Source : Auteur, 2019

Le tableau suivant présente l'état prothétique dans ces deux populations. Les patients suédois sans prothèse représentent 76 % contre 67 % en France. Plus précisément, seulement 9 % des patients suédois présentent deux prothèses contre 29 % en France.

Les prothèses sont mieux nettoyées en Suède (50 %) qu'en France (45 %), d'avantage portées en Suède (68 %) qu'en France (45 %) et globalement aussi défectueuses (36 %) qu'en France (31 %).

Tableau 15 : 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 portées	45 %	68 %
Prothèses nettoyées	27 %	50 %
Prothèses défectueuses	31 %	36 %

Source : Auteur, 2019

L'ensemble des données recueillies a permis de déterminer les besoins de soins. Le terme besoin de soins regroupe les soins conservateurs, chirurgicaux et parodontaux. Les besoins de soins sont globalement les mêmes en Suède (68 %) qu'en France (76 %). Cependant, la prise en charge prothétique peut être évaluée à partir du tableau suivant, plus particulièrement grâce au coefficient masticatoire.

Tableau 16 : Analyse du CAO et des fonctions masticatoires

	France	Suède
Indice C : nombre de dents cariées en moyenne	0,7	1,8
Indice A : nombre de dents absentes en moyenne	18,9	9,4
Indice O : 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 deux populations n'est pas significativement différent (au risque 5 %) en Suède (24) et en France (21,9).

Néanmoins, la répartition des 3 indices composant le CAO moyen est différente.

Le nombre de dents cariées en moyenne est de 0,7 en France et de 1,8 en Suède, soit 2,6 fois plus de dents cariées en Suède qu'en France.

Le nombre de dents absentes en moyenne est de 18,9 en France et de 9,4 en Suède, soit 2 fois moins de dents absentes en Suède qu'en France.

Le nombre de dents obturées en moyenne est de 2,7 en France et de 12,7 en Suède, soit 4,7 fois plus de dents obturées en Suède qu'en France.

Ainsi, la composante majeure du CAO moyen suédois repose sur le nombre de dents obturées en moyenne alors qu'en France il repose sur le nombre de dents absentes en moyenne.

Le nombre de patients édentés totaux ou subtotaux est nul en Suède et de 22 en France, expliquant la différence de coefficient masticatoire moyen entre la Suède (56 %) et la France (27 %). Celui-ci est plus de deux fois plus élevé en Suède qu'en France. Seulement 3 patients suédois ont un coefficient masticatoire nul contre 39 patients français.

Ce coefficient masticatoire est utilisé afin de refléter l'efficacité fonctionnelle. Pour 73 % patients français leur coefficient masticatoire est inférieur à 50 % contre 41 % pour les patients suédois. Le seuil de 50 % a été choisi pour indiquer le besoin de prothèse, qui est plus important en France.

4.5. Discussion

Afin d'expliquer ces résultats, nous allons mettre en parallèle les spécificités des systèmes de santé, ainsi que les conditions d'hospitalisation des populations de l'étude.

4.5.1. Système de santé

Les résultats de l'étude indiquent que le nombre de dents cariées en Suède est plus important qu'en France. Ceci s'explique par le nombre de dents présentes plus important en Suède et les contrôles réguliers.

De plus, la différence du nombre de dents absentes et du nombre de dents obturées, permet de mettre en évidence la prise en charge conservatrice des suédois et leur facilité d'accès aux soins.

La prise en charge des patients suédois est axée sur la prévention et l'éducation thérapeutique, alors que celle des patients français est axée sur les soins.

Plus particulièrement, la prise en charge des moins de 23 ans, centrée sur la prévention et la gratuité de tous les soins, favorise l'éducation des patients. En France, des avancées récentes de la

nomenclature permettent le remboursement par la sécurité sociale des scellements de sillions jusqu'à 16 ans, des séances de fluorations bi annuelles entre 6 et 9 ans, et l'expansion du programme M't dents de 3 ans à 24 ans. La Suède mise sur l'éducation et investit pour la santé bucco-dentaire des moins de 23 ans afin de pérenniser cette santé tout au long de la vie.

Cette éducation se conserve également auprès de la prise en charge des adultes, en effet la tarification de l'éducation à l'hygiène orale en Suède incite les praticiens à responsabiliser leurs patients.

La prise en charge des adultes suédois se fait en l'absence de mutuelles alors que 95 % des français ont une complémentaire en 2019. La part de dépenses des ménages en santé bucco-dentaire est considérablement plus élevée pour les suédois, ce qui les responsabilise aussi dans le suivi des soins. En Suède, le financement est centralisé par l'état alors qu'en France les mutuelles augmentent leurs parts de remboursement ce qui fait tendre le système vers la décentralisation des remboursements. En effet, la France propose des offres variées en terme complémentaires (mutuelles et assurances privées) alors que la Suède propose une mutuelle d'origine gouvernementale, sous forme de forfait.

La création du poste d'hygiéniste n'est pas prévue en France. Néanmoins depuis l'arrêt du 8 Juin 2018, les assistantes dentaires qualifiées niveau 2 peuvent également se former pour réaliser certains actes comme les clichés radiographiques, le détartrage, la mise en place de scellements de sillions, les empreintes d'études, la dépose de points de sutures, et l'éclaircissement. Concrètement, cette formation supérieure permet de créer un équivalent au métier de l'hygiéniste.

Les personnes âgées bénéficient d'une offre de soins géro-dentologique, l'odontologie gériatrique étant considérée comme une spécialité à part entière. Le système français ne comporte pas d'équivalent, la spécialité de géro-dentologie n'est pas officiellement reconnue alors que la prise en charge de ces patients est bien spécifique. Néanmoins, le conseil de l'ordre départemental des chirurgiens-dentistes met à la disposition des praticiens une mallette de matériel afin de réaliser des soins à domicile.

La France met en place des pistes de prévention et d'autre part à comme but le reste à charge zéro. Ce reste à charge zéro implique un système à deux vitesses avec un système qui oriente ses choix de traitements en fonction des finances du patient.

4.5.2. Conditions d'hospitalisation

Les conditions d'hospitalisation des deux populations sont différentes en termes de moyens personnels et matériels.

Les patients français sont dépistés une fois par an par un externe de chirurgie dentaire de dernière année. Les patients suédois sont eux dépistés une fois par an pour un hygiéniste salarié du centre, et une seconde fois dans l'année par un chirurgien-dentiste du centre. La présence d'une équipe professionnelle en Suède assure une reproductibilité des dépistages d'une année sur l'autre.

La maintenance programmée en fonction de la nécessité des besoins en France est à comparer avec le suivi tous les trois mois par l'hygiéniste en Suède. Cette fréquence de suivi est adaptée au mieux pour répondre aux besoins de cette population spécifique.

L'étude des états bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes de l'hôpital Corentin Celton et de l'hôpital Capio Saint-Göran a révélé un meilleur état bucco-dentaire de la part de la population suédoise. En effet, le nombre de dents absentes est nettement inférieur ainsi qu'un coefficient masticatoire plus important. Le maintien d'une bonne fonction masticatoire indique que le système de prise en charge orale des Suédois est efficient.

Cette différence s'explique également par le dépistage annuel par les hygiénistes en chambre, le suivi régulier des hygiénistes tous les 3 mois, ainsi qu'un rendez-vous annuel de contrôle avec un chirurgien-dentiste. Ces suivis permettent un maintien de l'état bucco-dentaire malgré leur contexte de poly-pathologies.

Sur le plan prothétique, la prise en charge des patients à l'hôpital Corentin Celton permet uniquement la réalisation de prothèse amovible. L'absence de contrat avec un prothésiste a limité la réhabilitation prothétique des patients. Du fait des lourdeurs administratives les patients en ont été privés pendant deux ans. En Suède, la mise à disposition d'une équipe multidisciplinaire permet une prise en charge globale des patients.

Conclusion

L'État suédois a basé sa politique de santé sur les soins de prévention, l'éducation des moins de 23 ans afin de limiter les soins à l'âge adulte et surtout sur la responsabilisation de la population. Le système français se distingue par son caractère social permettant de favoriser l'accès aux soins pour tous ; il est d'avantage axé sur la thérapeutique même si l'évolution actuelle tend à donner une plus grande place aux mesures préventives. Les deux systèmes de santé ont ainsi tendance à se rapprocher.

L'avenir semble en demi-teinte pour la France qui met en place des réformes axées sur la prévention, mais qui, du fait de la prise en charge financière intégrale des patients ne les responsabilise pas. Le système « idéal » repose donc sur une politique d'aide et de responsabilisation des patients. La Suède se rapproche de ce système, malgré les difficultés pour y parvenir.

Bibliographie

- Bullock, A., J. Cowpe, et E. Barnes. *Manual of dental practice 2014*. 5th ed. Bruxelles : Council of European Dentists, 2014.
- Carlac'H, D., M. Ouardirhi, et K. Romeo. « L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas ». Ministère des solidarités et de la santé, 2018. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt136.pdf>.
- Chambaretaud, S., et D. Lequet-Slama. « Les systèmes de santé nationaux du nord de l'Europe et l'influence des modèles libéraux durant la crise des années quatre-vingt-dix ». *Revue française des affaires sociales*, n° 4 (2004). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200304-art13.pdf>.
- Claveranne, J. P., M. Brémond, et A. Teil. « Organisation, décision et financement du système de soins ». *Adsp*, n° 33 (2000).
- Council of european chief dental officers. « CECDO database ». CECDO, 2018. <http://www.cecdo.org/oral-healthcare/cecdo-database/>.
- 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_precarite.pdf.
- Della Monica, E. « Une approche universaliste de la personne âgée en Suède ». *Soins gérontologie* 18, n° 100 (2013): 27-29.
- Folktandvarden. « About the Swedish Public Dental Service », 2014 . <http://www.folktandvarden.se/frisktandvard/>.
- . « Frisktandvård ». Folktandvarden, 2014. <http://www.folktandvarden.se/frisktandvard/>.
- Försäkringdkassan. « Dental Care Subsidy ». Försäkringdkassan, s. d. https://www.forsakringskassan.se/!ut/p/z0/04_Sj9CPykyssy0xPLMnMz0vMAfljypNzrQoSszJUDY0dVQ2c8_NKUvNKXP3ig1KLC_LzijPLUIUNCooyxJLCIKLiUNShLzUsoSi1LiYIIgeLikvwUIDe1osRIF0VQvyDbUREAA5RMiw!!/.

- Institut national de la statistique et des études économiques. « Espérance de vie en bonne santé. AVBS. Espérance de vie sans incapacité. EVSI. EVSI. EVBS ». Institut national de la statistique et des études économiques, 2019. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c2017>.
- . « Espérance de vie. Espérance de vie à la naissance. Espérance de vie à 60 ans ». Institut national de la statistique et des études économiques, 2016. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1374>.
- . « Parité de pouvoir d'achat. PPA ». Institut national de la statistique et des études économiques, 2019. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1923>.
- Karolinska Institutet. « Dentistry 2019-2020 ». Karolinska Institutet, 2019. <https://education.ki.se/dentistry-2019-2020>.
- Kravitz, A. S., A. Bullock, et J. Cowpe. *Manual of dental practice 2015 Sweden*. Bruxelles : Council of European Dentists, 2015. <https://tandlakarforbundet.se/app/uploads/2017/02/ced-dentistry-in-sweden-2015.pdf>.
- Lalande, A. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris : Presse universitaire de France, 2010.
- Le Coudrier. « Qu'entend-on par santé publique ? » Le Coudrier, 2018. <https://www.edition-lecoudrier.fr/store/page/28/qu-est-ce-que-la-sante-publique>.
- Luciak-Donsberger, C. « Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe. » *International journal of dental hygiene* 1, n° 1 (2003): 29-42.
- Morel, N. « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suède de 1930 à 2008 : entre réformes et continuité », 2012. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00687123/document>.
- Organisation de coopération et de développement économiques. « Population ». Organisation de coopération et de développement économiques. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=POP_FIVE_HIST&Lang=fr#.
- . « Ressources en santé : dentistes ». Organisation de coopération et de développement économiques, 2019. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30177#>.
- Organisation for economic cooperation and development, et European observatory on health systems and policies. *Sweden: country health profile 2017*. Organisation for economic cooperation and development, 2017. <https://www.oecd.org/sweden/sweden-country-health-profile-2017-9789264283572-en.htm>.
- Organisation mondiale de la santé. « Rapport mondial sur le vieillissement et la santé ». Organisation mondiale de la santé, 2016. <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>.
- . « Systèmes de santé ». Organisation mondiale de la santé, 2019. https://www.who.int/topics/health_systems/fr/.

- Pälvärinne, R., E. Widström, B.C. Forsberg, K.A. Eaton, et D. Birkhed. « The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 9 : Sweden ». *British dental journal* 224, n° 8 (2018): 647-51.
- Porter, D., éd. *The history of public health and the modern state*. Amsterdam : Rodopi, 1994.
- Socialstyrelsen. « Statistics on Elderly and Persons with Impairments – Management Form 2018 », 2019.
- Statistics Sweden. « Population in the country, counties and municipalities on 30 June, 2019 and population change in april–june 2019 ». Statistics Sweden, 2019.
<https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/population/population-composition/population-statistics/pong/tables-and-graphs/quarterly-population-statistics--municipalities-counties-and-the-whole-country/quarter-2-2019-/>.
- . « Summary of population statistics 1960–2018 ». Statistics Sweden, 2019.
- Sundström, G, L Johansson, et Socialstyrelsen. *Anhörig 300 / Slutrapport*. Stockholm : Socialstyrelsen, 2004.
- Sveriges kommuner och landsting. « Municipalities and regions ». Sveriges Kommuner och Landsting, <https://skl.se/tjanster/englishpages/municipalitiesandregions.1088.html>.
- « Tandlakarförbundet », s. d. www.tandlakarforbundet.se.
- Trydegård, G.B. « Les réformes des services de soins suédois dans les années quatre-vingt-dix. Une première évaluation de leurs conséquences pour les personnes âgées », 2003.
- Vasselle, A., et B. Cazeau. « Rapport d’information au nom de la mission d’évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) (1) de la commission des Affaires sociales (2) sur la protection sociale et la réforme des retraites en Suède, » 2007. <https://www.senat.fr/rap/r06-377/r06-3770.html>.

Table des figures

Figure 1 : Carte de la Suède et de ses comtés.....	13
Figure 2 : Entrée du centre d'odontologie gériatrique	29
Figure 3 : Répartition des patients examinés par sexe	33
Figure 4 : Répartition des besoins exprimés par le patient.....	34
Figure 5 : Répartition des pathologies	34
Figure 6 : Répartition des patients selon le nombre de pathologies déclarées.....	35
Figure 7 : Indice CAO moyen	35
Figure 8 : Répartition du coefficient masticoaire	36
Figure 9 : Alimentation.....	36
Figure 10 : Brossage	37
Figure 11 : Présence de plaque dentaire.....	37
Figure 12 : Présence de tartre	38
Figure 13 : Présence de débris alimentaires	38
Figure 14 : Répartition des maladies parodontales	39
Figure 15 : Mobilités.....	39
Figure 16 : Répartition du nombre de prothèses.....	40
Figure 17 : État des prothèses.....	41
Figure 18 : Besoins de soins	41

Table des tableaux

Tableau 1 : Dépenses de santé en Suède	7
Tableau 2 : Comparaison d'indicateurs de santé entre la France et la Suède	8
Tableau 3 : Tarifs pour chaque groupe du plus faible risque (1) au plus élevé (10)	21
Tableau 4 : Récapitulatif des aides publiques pour la prise en charge des soins bucco-dentaires	24
Tableau 5 : Récapitulatif du nombre de suédois ayant bénéficié de l'aide gouvernementale individuelle, en 2015	24
Tableau 6 : Exemple de tarifs pour les principaux actes	26
Tableau 7 : Classification de la quantité de plaque visible en bouche.....	31
Tableau 8 : Valeurs des dents (en %) pour calculer le coefficient masticatoire	32
Tableau 9 : Comparaisons des populations étudiées.....	42
Tableau 10 : Comparaison des états de santé général	43
Tableau 11 : Comparaison des besoins exprimés par le patient.....	43
Tableau 12 : Comparaison des comportements des patients.....	44
Tableau 13 : Comparaison de l'hygiène orale	45
Tableau 14 : Comparaison de l'état parodontal.....	45
Tableau 15 : Comparaison de l'état prothétique	46
Tableau 16 : Analyse du CAO et des fonctions masticatoires	46

Annexes

Annexe 1 : Feuille de dépistage (recto)

Date of consultation:

Last name/First name:

Birthdate:

Sex : M F

Places of consultation :

Expressed needs by the patient:

None Pain Fonctionnel Cosmestic Other :

Medical history:

Heart disease : HTA (équilibrée/non équilibrée) Other

Diabetes (balanced/not b) Type :

Pulmonary disease :

Mental disease:

Articular disease:

Cancer :

Other:

Food : Normal Mixed By tube

Brushing : Alone Helped Impossible

Dental check up: Last visit: < 6 months / 6 months- 1 year / > 1 year

Oral exam :

Candidiasis Food debris Plaque () Scale ()

RAS <input type="checkbox"/>	Superficial	Mild	Severe
Gingivitis			
Periodontitis			

Mobility : None Totale Localised

Maxillary denture: Yes No

Clean Hurtful Wear Fractured Non retentive

Mandibular denture: Yes No

Clean Hurtful Wear Fractured Non retentive

Patient's clinical examination: Possible Impossible Partiel

Annexe 3 : Liste des prix de référence suédois

Referenspriser för det statliga tandvårdsstödet
TLVFS 2018:23

Åtgärd	Referenspris	Referenspris	Dentalt material i beräkningen av referenspris
	allmäntandvård fr o m 15 jan 2019	specialistandvård fr o m 15 jan 2019	
100 - Undersökning, riskbedömning och hälsofrämjande åtgärder			
101 - Basundersökning, utförd av tandläkare	845	845	
103 - Kompletterande eller akut undersökning, utförd av tandläkare	370	470	
107 - Omfattande undersökning, utförd av tandläkare	1 055	1 575	
108 - Utredning inklusive undersökning, utförd av tandläkare	1 725	2 510	
111 - Basundersökning, utförd av tandhygienist	635	-	
112 - Basundersökning med fullständig parodontal undersökning, utförd av tandhygienist	825	-	
113 - Akut eller annan undersökning, utförd av tandhygienist	270	-	
114 - Kompletterande parodontal undersökning eller kariesutredning utförd av tandhygienist	510	-	
115 - Konsultation specialistandvård	-	920	
116 - Konsultation specialistandvård, omfattande	-	1 845	
121 - Röntgenundersökning, en bild, eller flera bilder av en tandposition	55	95	
123 - Röntgenundersökning, helstatus	805	1 225	
124 - Panoramaröntgenundersökning	525	825	
125 - Röntgenundersökning, extraoral	515	960	
126 - Röntgenundersökning, omfattande	985	1 625	
127 - Röntgenundersökning, delstatus	195	330	
128 - Röntgenundersökning, större delstatus	335	495	
131 - Tomografiundersökning, en kvadrant eller tandposition 3-3	985	1 235	
132 - Tomografiundersökning, två kvadranter eller sinus	1 270	1 670	
133 - Tomografiundersökning, tre kvadranter eller käkleder	1 560	2 275	
134 - Tomografiundersökning, fyra kvadranter	1 845	2 680	
141 - Studiemodeller, för behandlingsplanering	595	595	
161 - Salivsekretionsmätning	600	600	
162 - Laboratoriekostnader vid mikrobiologisk undersökning	330	330	
163 - Biopsi	980	1 180	
164 - Laboratoriekostnader vid patologanatomi diagnostik (PAD)	545	545	
200 - Sjukdomsförebyggande åtgärder			
201 - Information eller instruktion vid risk för munhålsrelaterade sjukdomar eller problem	415	415	
204 - Profylaxskena, per skena	795	795	
205 - Fluorbehandling, kortare behandlingstid	170	170	
206 - Fluorbehandling	340	340	
207 - Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten	270	270	
208 - Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten, omfattande	500	500	
209 - Mekaniskt avlägsnande av supragingival tandsten, särskilt tidskrävande	795	795	
300 - Sjukdomsbehandlande åtgärder			
301 - Sjukdoms- eller smärtbehandling, mindre omfattande	405	505	
302 - Sjukdoms- eller smärtbehandling	760	960	
303 - Sjukdoms- eller smärtbehandling, omfattande	1 125	1 425	
304 - Sjukdoms- eller smärtbehandling, särskilt tidskrävande	1 685	2 130	
311 - Information eller instruktion vid munhålsrelaterade sjukdomar eller problem	415	415	
312 - Uppföljande information eller instruktion vid munhålsrelaterade sjukdomar eller problem	165	165	
313 - Beteendemedicinsk behandling, 60 minuter eller mer	1 035	2 160	
314 - Beteendemedicinsk behandling	480	1 000	
321 - Icke-operativ behandling av kariesjukdom	420	420	
322 - Stegvis exkavering	1 115	1 115	
341 - Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, mindre omfattande	500	715	
342 - Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, omfattande	1 015	1 825	
343 - Behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit, särskilt tidskrävande	1 505	4 045	
362 - Lustgassedering, per gång	825	825	

Vid differens mellan denna förteckning och den trycka föreskriften, är den tryckta föreskriften gällande

Referenspriser för det statliga tandvårdsstödet
TLVFS 2018:23

Åtgärd	Referenspris allmäntandvård fr o m 15 jan 2019	Referenspris specialistandvård fr o m 15 jan 2019	Dentalt material i beräkningen av referenspris
848 - Betthöjning eller uppbyggnad för oklusal stabilisering med fyllningsmaterial, per tandposition	545	695	Komposit
850 - Implantatstöd krona, en per käke	8 105	9 315	Fräst brostöd i titan inkl fästskruv, porslin, komposit
852 - Implantatstöd krona, flera i samma käke	6 285	7 195	Fräst brostöd i titan inkl fästskruv, porslin, komposit
853 - Hängande led vid implantatstöd bro	2 205	2 405	Fräst titan, porslin
854 - Semipermanent krona eller hängande led på implantat, per led	2 145	2 445	CoCr-bar inkl svetsning, fasadmaterial, komposit
855 - Fästskruv/broskruv och cylinder vid semipermanent krona på implantat, per implantat	540	540	Cylinder, fästskruv, replica
856 - Långtidstemporär laboratoriefremställd krona eller hängande led på implantat, per led	1 290	1 490	Akrylat, fibertråd, komposit
857 - Fästskruv/broskruv och cylinder vid långtidstemporär laboratoriefremställd krona på implantat, per implantat	490	490	Fästskruv, plastcylinder, replica
858 - Distans inkl distansskruv, per styck	1 255	1 255	Distans inkl centrumskriv
859 - Integrerad distans/kopplingskomponent vid separat implantatstöd krona, per styck, tillägsåtgärd	1 075	1 075	Titan
861 - Implantatstöd bro i överkäke på fyra implantat	31 860	34 875	Fräst titanskelett inkl fästskruvar, akrylat inkl opak, komposit, proteständer
862 - Implantatstöd bro i överkäke på fem implantat	33 840	36 855	Fräst titanskelett inkl fästskruvar, akrylat inkl opak, komposit, proteständer
863 - Implantatstöd bro i överkäke på sex eller fler implantat	35 370	38 385	Fräst titanskelett inkl fästskruvar, akrylat inkl opak, komposit, proteständer
865 - Implantatstöd bro i underkäke på fyra implantat eller fler implantat	30 380	33 540	Fräst titanskelett inkl fästskruvar, akrylat inkl opak, komposit, proteständer
871 - Implantatstöd täckprotes i överkäke på två implantat, eller implantatstöd täckprotes i underkäke på implantat oavsett antal implantat	17 350	19 500	Akrylat, kuldistsans (inkl. matris), proteständer
872 - Implantatstöd täckprotes i överkäke på tre implantat	19 555	21 705	Akrylat, kuldistsans (inkl. matris), proteständer
873 - Implantatstöd täckprotes i överkäke på fyra implantat eller fler	22 105	24 255	Akrylat, kuldistsans (inkl. matris), proteständer
874 - Tillägg för alveolarbar på två implantat	4 145	4 450	Fästskruv (titan), knäppen (guld) "Ökivist", titan (giutet)
875 - Tillägg för alveolarbar på tre implantat	4 700	5 000	Fästskruv (titan), knäppen (guld) "Ökivist", titan (giutet)
876 - Tillägg för alveolarbar på fyra implantat	5 605	5 905	Fästskruv (titan), knäppen (guld) "Ökivist", titan (giutet)
877 - Implantatstöd täckprotes, exklusive distanser och förankringselement	14 390	16 540	Akrylat, proteständer
878 - Förankringselement täckprotes, tillägg, per styck	280	280	Knäppen (guld) "Ökivist"
880 - Av- och återmontering av implantatstödda konstruktioner på ett till två implantat	2 125	2 725	Komposit
881 - Reparation av fast implantatstöd konstruktion, mindre omfattande	1 105	1 405	Komposit
882 - Av- och återmontering av implantatstödda konstruktioner på sammanlagt tre eller flera implantat	2 900	3 700	Komposit
883 - Reparation/ombyggnad av fast implantatstöd konstruktion med tandteknisk insats	5 615	6 560	Akrylat, proteständer, komposit
884 - Reparation/ombyggnad av implantatstöd bro där omfattande tandteknisk insats krävs	10 355	11 805	Akrylat, titan, proteständer, komposit
888 - Fästskruv/broskruv, per styck	180	180	
889 - Distansskruv, per styck	370	370	
900 - Tandreglering			
900 - Tandreglering, aktiv behandling högst 6 månader	8 970	11 295	
901 - Tandreglering, en käke, aktiv behandling 6 månader till 1 år	13 470	16 965	
902 - Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	16 750	21 240	
903 - Tandreglering, en käke, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	19 735	25 115	
904 - Tandreglering, en käke, aktiv behandling mer än 2 år	24 445	31 245	
905 - Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 6 månader till 1 år	19 005	23 680	
906 - Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1 år till 1,5 år	22 285	27 950	
907 - Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling 1,5 år till 2 år	25 565	32 225	
908 - Tandreglering, båda käkar, aktiv behandling mer än 2 år	30 780	38 995	

Referenspriser för det statliga tandvårdsstödet
TLVFS 2018:23

Åtgärd	Referenspris allmäntandvård fr o m 15 jan 2019	Referenspris specialistandvård fr o m 15 jan 2019	Dentalt material i beräkningen av referenspris
400 - Kirurgiska åtgärder			
401 - Tanduttagning, en tand	1 025	1 300	
402 - Tanduttagning, när separation eller friläggning krävs, en tand	1 690	2 140	
403 - Tanduttagning, tillkommande, enkel	185	235	
404 - Kirurgiskt avlägsnande av en eller flera tänder i samma kvadrant och/eller annan vävnad, per operationstillfälle	3 120	3 870	
405 - Omfattande dentoalveolär kirurgi	4 160	5 165	
406 - Tanduttagning, övertalig tand	1 025	1 300	
407 - Övrig dentoalveolär kirurgi eller plastik, per operationstillfälle	2 055	2 505	
420 - Implantat, per styck	2 815	2 815	Titan, implantat
421 - Operation avseende käkbenförankrade implantat, ett implantat	3 620	4 380	
422 - Kirurgisk friläggning av ett implantat vid tvåstegsteknik	1 505	1 805	
423 - Operation avseende käkbenförankrade implantat, två eller tre implantat	4 830	5 835	
424 - Kirurgisk friläggning av två eller tre implantat vid tvåstegsteknik	1 690	2 040	
425 - Operation avseende käkbenförankrade implantat, fyra eller fler implantat	6 665	8 025	
426 - Kirurgisk friläggning av fyra eller fler implantat vid tvåstegsteknik	2 255	2 755	
427 - Benaugmentation med egen vävnad i en kvadrant	3 975	4 885	
428 - Benaugmentation med benersättningsmaterial i en kvadrant	4 805	5 615	Syntetiskt benersättningsmaterial
429 - Kirurgiskt avlägsnande av implantat, per operationstillfälle	3 920	4 820	
430 - Benaugmentation med egen vävnad i en kvadrant i samband med benaugmentation i annan kvadrant eller i implantatoperation i samma kvadrant, tilläggsåtgärd, per kvadrant	1 510	1 915	
431 - Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med benaugmentation eller implantatoperation i annan kvadrant, tilläggsåtgärd, per kvadrant	2 530	2 985	Syntetiskt benersättningsmaterial
432 - Benaugmentation med benersättningsmaterial i samband med implantatinstallation, tilläggsåtgärd, per kvadrant	1 885	2 185	Syntetiskt benersättningsmaterial
435 - Avlägsnande av ett implantat	1 025	1 300	
436 - Avlägsnande av ett implantat, enkel	185	235	
441 - Parodontalkirurgisk behandling vid en till två tänder och/eller kirurgisk behandling av periimplantit vid ett implantat, per operationstillfälle	2 535	3 135	
442 - Parodontalkirurgisk behandling vid tre till sex tänder, per operationstillfälle	3 585	4 485	
443 - Kirurgisk behandling av periimplantit vid två till fyra implantat, per operationstillfälle	3 415	4 265	
444 - Omfattande parodontalkirurgisk behandling vid sju tänder eller fler, eller vid tre tänder eller fler i kombination med annan operation, per operationstillfälle	4 650	5 850	
445 - Omfattande kirurgisk behandling av periimplantit vid fem implantat eller fler, eller vid tre implantat eller fler i kombination med annan operation, per operationstillfälle	4 650	5 850	
446 - Rekonstruktiv behandling med membran (GTR) eller emaljmatrixprotein, tilläggsåtgärd, per operationstillfälle	1 815	1 965	Regenerativt material
447 - Rekonstruktiv behandling med benersättningsmaterial, tilläggsåtgärd, per operationstillfälle	1 225	1 325	Regenerativt material
448 - Fritt bindvävstransplantat vid lambåoperation, tilläggsåtgärd, per operationstillfälle	745	945	
480 - Kontroll av koagulation, tilläggsåtgärd	325	325	
500 - Rotbehandling			
501 - Rensning och rotfyllning, en rotkanal	3 395	4 135	Guttaperka och sealer
502 - Rensning och rotfyllning, två rotkanaler	4 095	5 000	Guttaperka och sealer
503 - Rensning och rotfyllning, tre rotkanaler	5 135	6 295	Guttaperka och sealer
504 - Rensning och rotfyllning, fyra eller fler rotkanaler	5 600	6 860	Guttaperka och sealer
520 - Akut endodontisk behandling, annan behandlare	905	1 125	
521 - Akut trepanation och kavumextirpation	800	1 000	
522 - Komlicerad rotkanalokalisation	805	1 005	
523 - Stiftborttagning	1 170	1 470	
541 - Apikalkirurgisk behandling, per operationstillfälle	3 660	4 560	
542 - Apikalkirurgisk behandling, ytterligare tand vid samma operationstillfälle, tilläggsåtgärd	1 030	1 280	

Referenspriser för det statliga tandvårdsstödet
TLVFS 2018:23

Åtgärd	Referenspris allmäntandvård fr o m 15 jan 2019	Referenspris specialisttandvård fr o m 15 jan 2019	Dentalt material i beräkningen av referenspris
600 - Bettiologiska åtgärder			
601 - Betskens i hård akrylat i överkäken, utförd på bettologisk indikation, per skena	3 530	4 755	
602 - Betskens i hård akrylat i underkäken, utförd på bettologisk indikation, per skena	3 530	4 755	
603 - Reponeringsskena, per skena	5 605	6 650	
604 - Mjukplastskena, laboratoriefremställd, utförd på bettologisk indikation, per skena	2 110	2 510	
606 - Motorisk aktivering	510	625	
607 - Bettslipning för occlusal stabilisering	750	950	
700 - Reparativa åtgärder			
701 - Fyllning av en yta på framtand eller hörntand	605	605	Komposit
702 - Fyllning av två ytor på framtand eller hörntand	960	960	Komposit
703 - Fyllning av tre eller flera ytor på framtand eller hörntand	1 145	1 145	Komposit
704 - Fyllning av en yta på molar eller premolar	775	775	Komposit
705 - Fyllning av två ytor på molar eller premolar	1 140	1 140	Komposit
706 - Fyllning av tre eller flera ytor på molar eller premolar	1 515	1 515	Komposit
707 - Krona i plastiskt material, klinikframställd	1 725	1 725	Komposit
708 - Stiftförankring i rotkanal vid fyllningsterapi, tilläggsåtgärd	545	545	Titanstift
800 - Protetiska åtgärder			
800 - Permanent tandstödd krona, en per käke	5 755	6 780	Zirkonia/E-max, porslin
801 - Permanent tandstödd krona, flera i samma käke	4 470	5 275	Gjutmetall inkl seal (titan), porslin
802 - Laboratoriefremställd pelare med intraradikulärt stift	3 150	3 755	Gjutmetall inkl seal (titan), paraposstift
803 - Klinikframställd pelare med intraradikulärt stift	1 505	1 855	Fiberförstärkt stift
804 - Hängande led vid tandstödd protetik, per led	2 205	2 405	Gjutmetall inkl seal (titan), porslin
805 - Emaljretinerad konstruktion, laboratoriefremställd, per stöd	1 875	2 175	Gjutmetall inkl seal (titan)
806 - Radikulärförankring vid avtagbar protes	3 425	4 030	Gjutmetall inkl seal (titan), paraposstift, förankringselement
807 - Semipermanent krona eller hängande led, per led	2 455	2 805	Gjutmetall inkl seal (titan), fasadmaterial
808 - Innerkrona för teleskop- eller konuskonstruktioner	3 360	3 960	Gjutmetall inkl seal (titan)
809 - Långtidstemporär laboratoriefremställd krona eller hängande led, per led	1 050	1 195	Akrylat, fibertråd
811 - Cementering av lossnad tandstödd eller implantatstödd protetisk konstruktion, per stöd	560	710	
812 - Reparation av krona eller bro, utan tandteknisk insats	1 470	1 870	Komposit, titanstift
813 - Broreparation med tandteknisk insats	4 490	5 490	Gjutmetall inkl seal (titan), porslin
814 - Broreparation med tandteknisk insats, omfattande	7 760	9 360	Gjutmetall inkl seal (titan), porslin
815 - Sadelkrona	5 195	6 095	Gjutmetall inkl seal (titan), porslin
822 - Partiell protes för temporärt bruk, en till tre tänder	3 660	4 260	Akrylat, klamrar (rostfria, 2 st), proteständer
823 - Partiell protes för temporärt bruk, fyra eller fler tänder	5 160	5 955	Akrylat, klamrar (rostfria, 2 st), proteständer
824 - Partiell protes med metallskelett, klammerförankrad	10 975	12 375	Akrylat, CoCr-skelett inkl passiva klamrar, kvaspklamrar (2 st), slaglod, proteständer
825 - Komplexierad partiell protes med metallskelett som förankras med stöd av utgaskrona, innerkrona eller attachments	12 420	14 805	Akrylat, CoCr-skelett inkl passiva klamrar (komplexierat), kvaspklamrar (2 st), slaglod, proteständer
826 - Attachments, per styck	95	95	Plast (matrix/patris)
827 - Hel underkäksprotes	9 270	11 385	Akrylat, proteständer
828 - Hel överkäksprotes	9 270	11 385	Akrylat, proteständer
829 - Immediatprotes, hel käke	6 950	8 050	Akrylat, proteständer
831 - Justering av avtagbar protes	375	475	
832 - Lagning av protes eller tillsättning av protestand	1 255	1 455	Protestand, akrylat
833 - Rebasering av protes	2 555	3 005	Akrylat
834 - Lagning av protes där avtryck krävs	1 950	2 250	Akrylat, klammer
835 - Rebasering och lagning av protes	3 035	3 535	Akrylat, klammer
836 - Komplexierad lagning av protes	3 810	4 310	Akrylat, klammer, kvasp, proteständer
837 - Komplexierad lagning av protes där uppavvaxning och gjutning av ny del utförs vilken svetsas till behäftig protes	6 575	7 475	Akrylat, gjutmetall inkl seal (titan), kvasp, proteständer
839 - Inmontering av förankringselement, per käke	2 985	3 485	Akrylat
845 - Ocklusionskorrigering bettslipning	1 935	2 335	
846 - Skena, hel eller cementerad i sektioner, för vertikal platsberedning eller bettslabilisering	5 055	5 755	CoCr
847 - Klammerplåt	3 960	4 660	Akrylat, klammer

Vid differens mellan denna förteckning och den tryckta föreskriften, är den tryckta föreskriften gällande

Referenspriser för det statliga tandvårdsstödet
TLVFS 2018:23

Åtgärd	Referenspris allmäntandvård fr o m 15 jan 2019	Referenspris specialistandvård fr o m 15 jan 2019	Dentalt material i beräkningen av referenspris
Utbytesåtgärder			
921 - Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, fram- eller hörntand	1 145	1 145	
922 - Utbytesåtgärd. Krona istället för ersättningsberättigande fyllning, molar eller premolar	1 515	1 515	
925 - Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstöd bro, kirurgisk del/implantatoperation	4 470	5 275	
926 - Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstöd bro, protetisk del/implantatstöd krona	6 675	7 680	
928 - Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstöd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom två år på en eller båda stödtänderna som utbytet beräknas på, kirurgisk del/implantatoperation	2 205	2 405	
929 - Utbytesåtgärd. Implantatbehandling i entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstöd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom två år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på, protetisk del/implantatstöd krona	4 470	5 275	
940 - Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka i stället för ersättningsberättigande tandstöd bro	11 145	12 950	
941 - Utbytesåtgärd. Ortodontisk slutning av entandslucka istället för ersättningsberättigande tandstöd bro när åtgärd 800 eller 801 har utförts inom två år på en av stödtänderna som utbytet beräknas på	6 675	7 680	

Vid differens mellan denna förteckning och den trycka föreskriften, är den tryckta föreskriften gällande

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

Système de soin et état de santé bucco-dentaire des personnes âgées en France et en Suède. Volume 2, Analyse au sein du service gériatrique de Capio Saint-Göran (Suède) et comparaison avec l'hôpital Corentin Celton (France)

Résumé :

L'objet de cette thèse est de comparer les systèmes de soins bucco-dentaires français et suédois grâce à l'analyse de l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées. Ces dernières sont de plus en plus nombreuses : en Suède, les personnes âgées d'au moins 65 ans représenteront 23 % de la population en 2040, contre 18,8 % en 2012. Cette population représente une partie importante de la population et 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 suédois. Nous présentons ensuite les données collectées dans une étude menée dans le cadre d'un échange pendant 3 mois sur l'ensemble des patients hospitalisés au sein du service de gériatrie de l'hôpital Capio Saint-Göran (Stockholm, Suède). Ce travail nous a ainsi permis de réaliser le bilan de l'état de santé bucco-dentaire de cette population. Nous avons choisi de comparer les caractéristiques des systèmes de soin français et suédois ainsi que l'état bucco-dentaire des populations âgées respectives. C'est dans cette optique que nous avons mené une étude selon les mêmes critères en France durant 9 mois à l'hôpital de Corentin Celton (Issy-Les-Moulineaux, France). Enfin, l'analyse et la comparaison des données recueillies permettront de proposer des pistes de réflexion 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 -- Dissertations universitaires ; 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