



HAL
open science

La place du service d'odontologie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière dans l'offre régionale de soins dentaires

Julien Lévy

► **To cite this version:**

Julien Lévy. La place du service d'odontologie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière dans l'offre régionale de soins dentaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-03396139

HAL Id: dumas-03396139

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03396139>

Submitted on 22 Oct 2021

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

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



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

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2019

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

En CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le 3 Décembre 2019

par **LEVY Julien**

**LA PLACE DU SERVICE D'ODONTOLOGIE DU GROUPE
HOSPITALIER PITIÉ-SALPÊTRIÈRE DANS L'OFFRE RÉGIONALE
DE SOINS DENTAIRE**

Directeur de thèse : Dr BAS Anne-Charlotte

Co-Directrice : Pr AZOGUI-LEVY Sylvie

J U R Y

Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE	Président
Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS	Assesseur
Mme la Docteure Adeline BRAUD	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINÉ	Assesseur
Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM	Assesseur

UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7

Présidente de l'Université :

Mme la Professeure Christine CLERICI

Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie :

Mme la Professeure Ariane BERDAL

Directrice Générale des Services :

Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

Mme la Professeure Marie-Laure BOY-LEFEVRE	Président
Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-LEVY	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS	Assesseur
Mme la Docteure Adeline BRAUD	Assesseur
Mme la Docteure Anne-Gaëlle CAPITAINE	Assesseur
Mme la Docteure Annabelle TENENBAUM	Assesseur

**Mme la Professeure Marie-Laure
BOY-LEFEVRE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Sciences Odontologiques
Docteur d'Etat en Odontologie
Professeur des Universités Emérite

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus haute considération. Soyez assuré de ma plus sincère estime et de mon plus profond respect.

**Mme la Professeure Sylvie AZOGUI-
LEVY**

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

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de diriger cette thèse et de la bienveillance et sympathie avec lesquelles vous m'avez guidé tout au long de ce travail. Je vous remercie pour votre implication, votre disponibilité en tant que directrice de thèse ainsi que la qualité de votre enseignement. Veuillez accepter tous mes remerciements et l'expression de mon plus profond respect.

Mme la Docteure Anne-Charlotte BAS

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire
Diplôme de Doctorat

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de diriger cette thèse et de la bienveillance et sympathie avec lesquelles vous m'avez guidé tout au long de ce travail. Je vous remercie pour votre implication, votre disponibilité en tant que directrice de thèse ainsi que la qualité de votre enseignement. Veuillez accepter tous mes remerciements et l'expression de mon plus profond respect.

Mme la Docteure Adeline BRAUD

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

Pour l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury, pour les conseils que vous m'avez prodigués tout au long de mes années d'études, pour votre gentillesse. Veuillez trouver ici, l'expression de ma respectueuse considération.

**Mme la Docteure Anne-Gaëlle
CAPITAINE**

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire

Pour l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury, pour les conseils que vous m'avez prodigués tout au long de mes années d'études, pour votre gentillesse. Veuillez trouver ici, l'expression de ma respectueuse considération.

**Mme la Docteure Annabelle
TENENBAUM**

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

Pour l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury, pour les conseils que vous m'avez prodigués tout au long de mes années d'études, pour votre gentillesse. Veuillez trouver ici, l'expression de ma respectueuse considération.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ABRÉVIATIONS.....	3
INTRODUCTION.....	4
1. LES PATIENTS A BESOINS SPÉCIFIQUES	6
2. CONTEXTE ET ENJEUX DE L’OFFRE DE SOINS BUCCO DENTAIRES EN ÎLE-DE-FRANCE	14
2.1 L’OFFRE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES EN ÎLE-DE-FRANCE.....	14
2.1.1 <i>Les missions de l’hôpital en France.....</i>	<i>14</i>
2.1.2 <i>L’offre hospitalière de soins bucco-dentaires en Île-de-France.....</i>	<i>15</i>
2.1.3 <i>L’offre non hospitalière d’odontologie en Île-de-France : les cabinets libéraux et les centres de santé.....</i>	<i>20</i>
2.1.4 <i>L’éducation thérapeutique du patient en Île-de-France : la prévention bucco-dentaire.....</i>	<i>25</i>
2.2 LES BESOINS DE SOINS BUCCO-DENTAIRES EN ÎLE-DE-FRANCE	27
2.2.1 <i>La population adulte en Île-de-France (démographie, facteurs socio-économiques).....</i>	<i>27</i>
2.2.2 <i>L’état de santé bucco-dentaire de la population en Île-de-France.....</i>	<i>29</i>
2.3 L’ACCES AUX SOINS BUCCO-DENTAIRES.....	31
2.3.1 <i>La couverture maladie universelle (CMU)</i>	<i>32</i>
2.3.2 <i>L’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé (ACS).....</i>	<i>35</i>
2.3.3 <i>L’aide médicale d’état (AME).....</i>	<i>35</i>
2.3.4 <i>Le renoncement et le refus de soins.....</i>	<i>36</i>
3. PRÉSENTATION DE L’ÉTUDE : LA PLACE DU SERVICE D’ODONTOLOGIE DU GROUPE HOSPITALIER PITIE-SALPETRIERE DANS L’OFFRE REGIONALE DE SOINS DENTAIRES.....	41
3.1 INTRODUCTION.....	41
3.2 MATERIEL ET METHODES.....	41
3.2.1 <i>Élaboration du questionnaire.....</i>	<i>41</i>
3.2.2 <i>Recueil des données.....</i>	<i>41</i>
3.3 RESULTATS	45

3.3.1	<i>Les statistiques descriptives</i>	45
3.3.2	<i>Les statistiques par consultation</i>	51
3.4	DISCUSSION.....	56
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE	59
	ANNEXES	63
	TABLE DES ILLUSTRATIONS	64

TABLE DES ABRÉVIATIONS

ACS : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

AME : Aide médicale d'état

APHP : Assistance publique des Hôpitaux de Paris

ARS : Agence régionale de santé

ATM : Articulation temporo mandibulaire

AVK : Anti vitamine K

CAO : Cariée, absente ou obturée

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNSD : Confédération nationale des syndicats dentaires

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CSBM : Consommation de soins et biens médicaux

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Éducation thérapeutique du patient

GHPS : Groupe Hospitalier de la Pitié-Salpêtrière

HAS : Haute autorité de santé

INR : Index Normalized Ratio

MEOPA : Mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote

NFS : Numération de la formule sanguine

ORN : Ostéo radio nécrose

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique

UD : Union dentaire

ZUS : Zone urbaine sensible

INTRODUCTION

En France, les chirurgiens-dentistes peuvent exercer en pratique libérale ou salariée. Les principales structures employant des chirurgiens-dentistes en salariat sont l'hôpital et les centres de santé. Au cours des dernières décennies et en conformité avec ses missions de service public, des réformes successives au sein de l'hôpital public ont accéléré sa modernisation et son adaptation aux besoins de soins de la population (Fellinger et al. 2011). Parmi ces besoins, les soins dentaires représentaient en 2017 5,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2017 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et al. 2018).

La recherche d'adéquation dans la prise en charge hospitalière des patients ayant des besoins de soins est indispensable en santé publique. L'hôpital reçoit des populations adultes de tous âges et présentant des niveaux de santé variés. Les patients de l'hôpital sont nombreux à cumuler plusieurs pathologies systémiques chroniques (cardiopathies, hypertension, pathologies endocriniennes, maladies infectieuses). Les services d'odontologie hospitaliers doivent s'adapter à ces patients à tous les niveaux de prise en charge. Il s'agit de mettre en place des soins dentaires préventifs, curatifs et un suivi adapté à la spécificité du diagnostic et du contexte médical. En effet, chacune des pathologies chroniques ou état de santé auront une influence sur l'état bucco-dentaire et sur l'orientation de la prise en charge du patient.

L'objet de cette thèse est donc d'étudier les caractéristiques d'offre de prise en charge au sein des services hospitaliers d'odontologie, et particulièrement celui du service d'odontologie du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, dans l'offre de soins dentaires régionale.

Dans une première partie, nous exposerons les populations à besoins spécifiques que nous pouvons rencontrer au cours de notre pratique dentaire. Puis dans une seconde partie, nous présenterons les missions de l'hôpital public en France et dans quelles mesures les services hospitaliers d'odontologie d'Île-de-France y répondent. À titre comparatif, nous présenterons également une cartographie de l'offre de soins bucco-dentaire régionale hors hôpital (chirurgiens-dentistes en exercice libéral, et en exercice salarié en centre de santé). Nous exposerons, en miroir à cette offre, le contexte des besoins de santé dentaire de la population adulte en Île-de-France. Contexte composé de patients de tout type qui peuvent se voir refuser l'accès aux soins en fonction de facteurs socio-économiques ou médicaux.

La dernière partie de ce travail est dédiée à l'enquête que nous avons menée. Il s'agit de reporter

les caractéristiques démographiques, médicales et de couverture sociale des patients reçus en consultation au sein du service d'odontologie du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière. L'objectif de cette enquête était de décrire les caractéristiques de santé des patients soignés à l'hôpital dans ce service mais aussi de présenter les spécificités des prises en charge thérapeutiques proposées par ce service d'odontologie. Nous présenterons la méthodologie de recueil des données ainsi que la méthodologie d'analyse statistique. Après avoir présenté nos résultats, nous les discuterons afin de répondre à notre problématique initiale : situer l'activité du service d'odontologie du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière dans l'offre de soins bucco-dentaires régionale.

1. LES PATIENTS A BESOINS SPÉCIFIQUES

Les pathologies dentaires ne sont pas considérées comme présentant un caractère de gravité tant qu'elles ne présentent pas d'urgence. Cependant leurs liens avec la santé générale sont aujourd'hui avérés. Certaines maladies générales favorisent l'apparition, la progression ou la gravité de maladies buccodentaires. Inversement, certaines maladies bucco-dentaires peuvent avoir des conséquences à distance et favoriser l'apparition, la progression ou la gravité de certaines maladies générales.

Parfois elles retentissent gravement sur l'état général, elles peuvent être à l'origine de complications infectieuses locales ou à distance, en particulier chez certains patients fragilisés comme les patients diabétiques, les sujets immunodéprimés, les personnes atteintes d'affection cardiaques.

Les groupes de malades rencontrant des difficultés dans l'accès aux soins sont les personnes handicapées, les personnes âgées dépendantes, les personnes à pathologie lourde, les personnes en difficulté notamment socio-économique, les personnes en situation d'urgences bucco-dentaires, les personnes en situation de recours, les personnes détenues. Ainsi, ces patients cumulent difficulté d'accès aux soins et difficulté dans la pratique des soins leur étant nécessaire.

- Les personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap ont un haut risque de pathologies dentaires. En effet de par leur handicap, ils peuvent éprouver des difficultés à avoir une hygiène bucco-dentaire adéquate ce qui entraîne des conséquences (lésions carieuses, problèmes parodontaux...). D'après le site de l'UFSBD (Union française pour la santé bucco-dentaire), l'état de santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap est dégradé. Les personnes handicapées souffrent tout particulièrement de pathologies infectieuses, carieuses et/ou parodontales. D'après les données fournies par l'UFSBD, les enfants et adolescents en établissements spécialisés ont un faible niveau d'hygiène (plaque dentaire, tartre, inflammation gingivale), 37 % souffrent de caries sur dents permanentes et 27,5 % sur dents temporaires. Certains traitements médicamenteux pris au quotidien fragilisent la santé buccale comme par exemple les antidépresseurs qui provoquent une hyposialie ou les antiépileptiques qui entraînent des hyperplasies gingivales.

Longtemps négligée, la problématique de l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap commence à être reconnue et elle fait l'objet d'une prise de conscience d'un point de vue médical, médico-social et de la part des pouvoirs publics.

Plusieurs réseaux de soins bucco-dentaires sont mis en place dans différentes régions de France afin d'aider et de prendre en charge les personnes en situation d'handicap. (Rhapsod'If en Île-de-France, Handi-Acces situé à Nancy, SOHDEV en Rhône-Alpes, Handident dans le Nord, en Alsace et dans la région Provence Alpes Côte d'Azur, Acsodent à Angers, Appolline dans l'Essonne et enfin le réseau SDS en Bretagne).

Des actions de sensibilisation aux soins dentaires sont effectuées lors de programme de prévention bucco-dentaire, comme par exemple l'association SOHDEV qui organise depuis 2009 une action nommée Handi'sourire pour promouvoir la santé des personnes en situation d'handicap (Pujade et al. 2017).

De plus, des réaménagements sont réalisés dans les hôpitaux afin d'accueillir ces patients dans les meilleures conditions. Des formations sont données aux praticiens afin de les sensibiliser aux soins de ces patients et d'améliorer leur prise en charge. Ces soins dentaires nécessitent la formation des familles, des accompagnants, une bonne approche relationnelle et du temps pour instaurer une relation de confiance. (Pujade et al. 2017)

Dans le cadre d'une convention dentaire en 2019, l'Assurance Maladie incite les praticiens à prendre en consultation les personnes en situation d'handicap à travers une majoration de 100€ dans les cas d'actes bucco-dentaires à destination des patients à « handicap lourd » (code CCAM est YYYY183 dans la nouvelle convention de 2019).

- Les personnes âgées dépendantes et/ou avec de nombreuses pathologies

Pour les personnes âgées, l'état de santé bucco-dentaire de certains patients peut être mauvais et les soins sont difficiles à leur prodiguer. D'après Azogui-Lévy et Rochereau (2012), l'état bucco-dentaire a été évalué chez des sujets de 65 à 74 ans. Il montre que leur indice CAOD augmente : 27 % des hommes et 21 % des femmes ont au moins une dent cariée, 13,3 % des hommes et 11,4 % des femmes ont une surface masticatoire insuffisante. Les études montrent que le recours aux chirurgiens-dentistes reste faible dans cette population. On constate aussi une sous déclaration de symptômes par les personnes âgées.

Le chirurgien-dentiste doit adapter son exercice aux pathologies systémiques qui peuvent être cumulées (diabète, hypertension, maladie cardio-vasculaires...), mais également avec les traitements médicamenteux associés et parfois leur manque de motivation à prendre soin de leur santé, leur fatigue...

D'après Azogui-Lévy et Rochereau (2012), seuls 12 % des 75 ans ou plus n'ont aucune maladie systémique. Au-delà de 75 ans, la poly-pathologie est un phénomène fréquent. Entre 40 % et 70 % des personnes de 75 ans ou plus sont traitées pour plusieurs pathologies (Figure 1). La poly-pathologie est associée à une poly-consommation médicamenteuse. Ces états de santé ne sont pas sans conséquence sur la prise en charge bucco-dentaire des patients ; ce point sera développé ultérieurement dans la suite de ce travail.

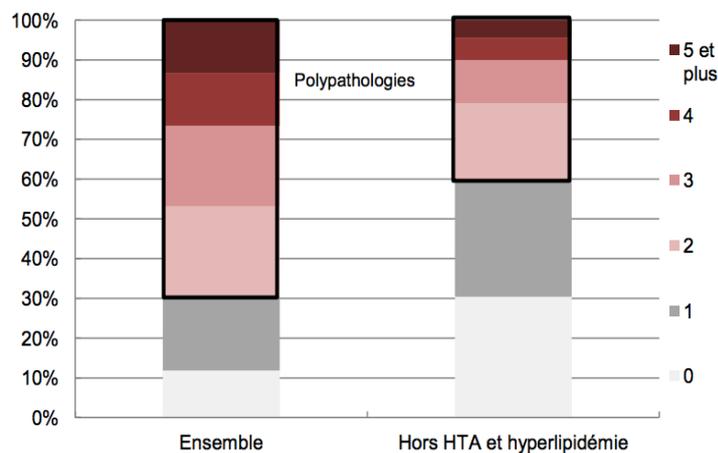


Figure 1 : Nombre de pathologie pour les 75 ans ou plus par personne

-Les personnes atteintes de diabète

Le diabète est une pathologie caractérisée par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline. Un bon contrôle de la maladie et une prise en charge médicale et pharmacologique permettent d'éviter ou de réduire considérablement ces complications ; on le nomme alors équilibré. Non équilibré, il peut engendrer des complications sévères. Le diabète touche en France 4,5 % de personnes et 7,6 % des 35 ans et plus (Azogui-Lévy et Rochereau 2012)(Rochereau et al. 2013).

Sa prévalence augmente fortement avec l'âge (de 1,6 % pour les 35-49 ans à 15,5 % pour les 70 ans et plus) et les hommes sont plus concernés que les femmes. Les personnes diabétiques sont en outre plus défavorisées que le reste de la population. Nos résultats montrent aussi que les personnes diabétiques ne recourent pas plus que les non-diabétiques au chirurgien-dentiste, voire moins. Les soins bucco-dentaires conservateurs sont pourtant pris en charge à 100 % par le dispositif de prise en charge des affections de longue durée au titre du diabète.

Conséquences sur l'état de santé bucco-dentaire et la prise en charge : d'après Rochereau et al. (2013) la maladie parodontale constitue une des complications du diabète non équilibré. De nombreuses études cliniques ont montré la relation bi-directionnelle entre maladie parodontale et diabète (Manfredi et al. 2004) ; ce qui mène à croire qu'une prévention des affections bucco-dentaires aurait une influence bénéfique sur l'équilibre glycémique.

Attention : Tous les soins sont possibles en respectant les précautions générales.

Chez le diabétique insulino-dépendant, planifier les soins de préférence après un repas.

Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses notamment les corticoïdes et certains antifongiques.

Préalablement à tous soins dentaires prodigués aux patients atteints de diabète, il est nécessaire de savoir si ce diabète est équilibré ou pas. D'après le professeur Aoun¹, tout diabète mal équilibré aggrave une infection et toute infection aggrave un diabète.

Si le patient est équilibré il est considéré comme un patient lambda. Dans le cas contraire, pour les actes invasifs et le traitement de dents avec foyer infectieux, il sera nécessaire de réaliser une antibioprofylaxie et une antibiothérapie.

L'anesthésie doit être lente et sans pression.

Type de risque	OUI	NON	
Infectieux	x		En cas de diabète non équilibré
Hémorragique		x	
Anesthésique		x	
Médicamenteux	x		Risque d'interactions médicamenteuses
Autres	x		Risque de malaise hypoglycémique

¹ Source : La prise en charge du diabète au cabinet dentaire. <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.1.1918.9847>

-Les personnes atteintes d'hypertension artérielle :

D'une façon générale, un sujet est considéré comme hypertendu lorsque sa pression artérielle systolique est supérieure à 140 mmHg et sa pression artérielle diastolique est supérieure à 90 mmHg. Cette pathologie peut entraîner alors une insuffisance cardiaque, des obstructions de vaisseaux et une insuffisance rénale.

Comme le rapporte (Darnaud et al. 2015), dans leur étude, un lien a été établi entre la santé bucco-dentaire et l'hypertension artérielle. En effet, chez un patient atteint d'hypertension, un bon contrôle de la plaque dentaire permet de réduire son hypertension.

Il faut distinguer les patients hypertendus équilibrés, pour lesquels les recommandations seront identiques à celles de la population générale, et les patients hypertendus non équilibrés, qu'ils soient traités ou non, pour lesquels il convient de prendre certaines précautions. Chez les patients présentant une hypertension sévère dite de stade III, avec une pression artérielle systolique >180mmHg et ou une pression artérielle diastolique >110mmHg, seuls les soins urgents seront réalisés (Herman et al. 2004).

-Les patients à risque hémorragique :

Un risque hémorragique peut être lié à un trouble soit de l'hémostase primaire, soit de la coagulation, voire des deux. Il peut être induit par des traitements ou des pathologies.

- L'hémostase primaire peut être dérégulée par : les traitements anti-plaquettaires, les thrombopénies, les thrombopathies et la maladie de Willebrand,
- La coagulation peut être perturbée par : les traitements anticoagulants, une leucémie, une hémophilie, une insuffisance hépatique, ou un déficit congénital en facteurs de coagulation.

Préalablement à la prise en charge d'un patient il faut évaluer :

- le risque hémorragique de l'acte : l'avulsion de dent (le risque est d'autant plus important par rapport au nombre de dents extraites, par rapport au fait que la dent soit incluse ou non, par rapport à l'infection associée), les chirurgies parodontales, les biopsies et les poses d'implants,
- le risque hémorragique du patient : on peut être amené à effectuer une numération de la formule sanguine (NFS), un dosage des plaquettes, à demander l'IndexNormalized

Ratio (INR) permettant l'évaluation de la coagulation chez les patients traités par anti-vitamine K (AVK).

- Les patients atteints de cancer.

Les patients atteints de cancer peuvent être soignés par différents traitements ayant des répercussions sur leur état de santé global et sur leur prise en charge au cabinet dentaire. Les trois traitements sont : les biphosphonates et antirésorbeurs osseux, la radiothérapie et la chimiothérapie. Pour ces patients l'anamnèse est primordiale avant réalisation de tout soin.

- *Biphosphonates et antirésorbeurs osseux* : Les traitements antirésorbeurs sont indiqués dans différents types de pathologies malignes (métastases osseuses principalement). On distingue principalement les biphosphonates, et le dénosumab. Ils ont une action anti-ostéoclastique, avec une spécificité plus élevée pour le dénosumab (biothérapie). Ces deux types de traitements ont été associés à un risque d'ostéonécrose des mâchoires. (Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale 2013). Ainsi ces patients présentent un risque infectieux élevé dû au risque d'ostéonécrose. Ce risque peut survenir spontanément ou être provoqué par une intervention chirurgicale. Ainsi avant une intervention il faudra évaluer les risques et ne pas hésiter à contacter le médecin traitant.

Ensuite, si le risque est faible, pour les actes invasifs entraînant une cicatrisation muqueuse ou osseuse, une antibiothérapie sera à débiter la veille de l'acte, et à poursuivre jusqu'à cicatrisation muqueuse (Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale 2013).

Si le risque est élevé pour les actes invasifs entraînant une cicatrisation muqueuse ou osseuse devront être limités au maximum, et réalisés en milieu hospitalier.

Pour les patients ayant été traités dans le passé cela dépendra de la prise du médicament. Si par intraveineuse le risque persiste plus longtemps que par voie orale, il faut suivre ensuite les mêmes recommandations que présentées précédemment (Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale 2013).

- *Radiothérapie* : La radiothérapie cervico-faciale expose au risque d'ostéonécrose. (Société Française de Chirurgie Orale 2012). Les complications bucco-dentaires d'une radiothérapie cervico-faciale découlent d'effets secondaires qui touchent la muqueuse

buccale, les os maxillaire et mandibulaire, les glandes salivaires ou les dents (Gupta et al. 2015).

L'ostéoradionécrose (ORN) est une des répercussions buccales les plus redoutées et est à l'origine d'une augmentation du risque infectieux, localement, elle résulte d'une diminution des moyens de défense de l'os.

Avant de prendre en charge ces patients, il faut se mettre en relation avec le radiothérapeute. Il est important de connaître les champs et doses d'irradiation. Une irradiation inférieure à 30 Gy ne nécessite pas de prise en charge spécifique. Le risque d'ORN existe toute la vie (Société Française de Chirurgie Orale 2012).

Si des soins invasifs sont à réaliser pendant le traitement de radiothérapie cervico-faciale la décision d'action doit être prise conjointement avec le radiothérapeute.

Pour les patients ayant été traités par radiothérapie cervico-faciale supérieure à 30Gy, les avulsions seront réalisées en milieu hospitalier, et une antibioprophylaxie sera prescrite avant des soins endodontiques en terrain irradié. L'utilisation des vasoconstricteurs est contre-indiquée (Société Française de Chirurgie Orale 2012).

- *Chimiothérapie* : La chimiothérapie constitue un des moyens de traitement des cancers, et consiste à utiliser des médicaments qui visent à détruire les cellules cancéreuses. Les patients présentent un risque infectieux augmenté lié à une possible neutropénie, et un risque hémorragique lié à une possible thrombopénie (Société Française de Chirurgie Orale 2012).

Pour les actes invasifs, il faut contacter l'oncologue, et prescrire une antibioprophylaxie selon les recommandations du médecin prescripteur, sachant que la fenêtre d'intervention se situe juste avant la cure suivante. Il ne faut réaliser ces actes si et seulement s'ils sont urgents (Société Française de Chirurgie Orale 2012).

- Les patients phobiques.

Les évolutions dans notre profession tendent à rendre les soins plus confortables et moins douloureux mais malgré cela, la peur du dentiste reste bien présente.

Il s'agit dans un premier temps de reconnaître le patient phobique et de comprendre l'origine de sa peur. D'après Mesnier (2016), la peur peut être due à : un sentiment d'impuissance, une peur de la douleur, une peur de la piqûre, peur de la contamination, peur de l'intrusion dans l'intimité, peur du cadre de travail.

Des aides existent pour diagnostiquer le patient phobique que nous citerons ici sans les décrire ; Dental Anxiety Scale de Corah (DAS), Modified Dental Anxiety Scale MDAS, Dental Fear Survey DFS, Index of Dental Anxiety and Fear IDAF-4C+.

Les symptômes de la phobie dentaire, comme toute phobie spécifique, apparaissent lors de la confrontation avec le stimulus phobique (Mesnier 2016).

Une période bien délimitée de crainte ou de malaises intenses, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale : palpitations, transpiration, tremblements, impression d'étouffement, sensation d'étranglement, nausée, frissons ou bouffées de chaleur (Potter et al. 2014).

Face à ces phobies nous pouvons utiliser de manière successives et graduées : les traitements médicamenteux (benzodiazépines et anti histaminiques), la sédation consciente (mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène), et en dernier recours l'anesthésie générale.

La sophrologie et l'hypnose peuvent également aider.

- Les personnes en difficulté socio-économique.

Nous allons le présenter en détails dans la suite de notre travail, mais il existe et subsiste encore aujourd'hui des difficultés sociales, financières pouvant éloigner certains individus du système de santé. Ces patients peuvent ainsi s'enfoncer dans un cercle qui accentuent leurs problèmes de santé et deviennent ainsi des patients à besoin de soins spécifiques.

2. CONTEXTE ET ENJEUX DE L'OFFRE DE SOINS BUCCO DENTAIRES EN ÎLE-DE-FRANCE

2.1 L'offre de soins bucco-dentaires en Île-de-France

2.1.1 Les missions de l'hôpital en France

Le code de santé publique définit les missions du service public hospitalier. Ses agents ont pour obligation d'assurer ou de participer :

- aux soins et à la prévention des problèmes de santé,
- à la formation initiale et continue des professionnels de santé hospitaliers et non hospitaliers,
- à la recherche clinique médicale,
- à la qualité des soins et des dispositifs médicaux,
- à la mise en œuvre de dispositifs de vigilance de sécurité sanitaire.

La loi « Hôpital, patients, santé, et territoires » (HPST, 2009) insiste sur la mission hospitalière d'assurer l'accès aux soins pour tous. Cette loi préconise une organisation territoriale du système de santé afin de développer l'accès à des soins de qualité pour toute la population.

Les Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) sont des structures dédiées spécifiquement à la triple mission suivante : soins, recherche et formation. La mission de soin permet d'assurer un accès aux soins à tous et lutte alors contre l'exclusion sociale. Lutter par exemple contre la discrimination que certains patients peuvent subir en ville. Cette discrimination sera détaillée dans la suite de cette thèse.

Nous nous intéressons dans ce travail aux caractéristiques des populations prises en charge dans le cadre de la mission de soins du service d'odontologie d'un CHU parisien : le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (GHPS).

D'après l'Agence Régionale de Santé (2017), une part essentielle de l'activité de soin hospitalière est consacrée :

- aux patients cumulant plusieurs pathologies chroniques,
- aux patients atteints de pathologies complexes,
- aux patients en situation d'handicap,
- aux personnes âgées dépendantes,
- aux urgences.

2.1.2 L'offre hospitalière de soins bucco-dentaires en Île-de-France

a) Les activités et missions des services d'odontologie de l'hôpital public

Les services hospitaliers d'odontologie assurent les mêmes missions que les autres services de l'établissement hospitalier ; soins, enseignement des différentes orientations cliniques de l'odontologie (soins et prothèses dentaires, chirurgie buccale, prévention, soins des gencives, orthopédie dento-faciale...) et recherche clinique (Agence Régionale de Santé 2017). L'organisation des services hospitaliers d'odontologie est cependant différente de la majorité des services médicaux en raison des caractéristiques de la délivrance des soins bucco-dentaires.

La mission de soin a pour but avant tout de prendre en charge tous les patients dans le besoin. De par la multitude de pathologies pouvant atteindre le patient au niveau de sa santé bucco-dentaire, le service doit s'organiser autour de différents pôles de soins. En effet, un patient peut être atteint d'une lésion carieuse, d'une maladie parodontale, d'une pathologie des muqueuses etc ; et ainsi les soins à prodiguer sont totalement différents. Les soins étant différents on peut ainsi voir alors dans le même service dentaire des praticiens aux spécialités différentes, aux plateaux techniques différents. Additionné à cette disparité de pathologies buccales, il faut également prendre en compte que les patients viennent avec des antécédents médicaux susceptibles d'influencer les diagnostics et plan de traitement. Les hôpitaux doivent souvent subvenir aux soins envers des individus n'ayant pas la possibilité de se faire soigner en ville ou dont les caractéristiques nécessitent un plateau technique ou une équipe aux qualifications spécifiques. En effet, certains patients face à des problèmes de santé complexes et multiples, ou à cause de certaines difficultés socio-économiques ne trouvent pas de solution dans les cabinets ou centres de santé ainsi l'hôpital devient pour eux la seule solution.

Afin de répondre à la demande de soins permanente, le service d'odontologie est quant à lui doté d'une unité fonctionnelle consacrée aux urgences dentaires. Ces urgences sont honorées 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par plusieurs praticiens (seniors, internes et externes).

Comme écrit précédemment, dans sa mission de soin l'hôpital doit assurer un service pour tous, ainsi dans le cadre de la lutte contre la discrimination de soins et l'exclusion sociale (Loi N° 98-657 du 29 Juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions - Article 76) l'état abouti à la mise en place d'un service de Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), destinée aux personnes en situation précarité. La PASS vise non seulement à faciliter leur accès aux soins mais également à les accompagner dans les démarches administratives de santé pour l'affiliation à une couverture sociale. Un service de PASS bucco-dentaire a été développée au sein du GHPS. Elle est actuellement la plus grande de France. Elle est opérationnelle dans le service d'odontologie depuis 2002. Depuis 2011 le groupe hospitalier Mondor-Chenevier met à son tour en place le second service de PASS en Île-de-France (Agence Régionale de Santé 2017).

La mission d'enseignement est particulièrement importante. Chaque étudiant intègre progressivement un service de soins hospitalo-universitaire dès sa deuxième année. Cette intégration commence par des stages d'observation puis en troisième année, encadrés par une équipe enseignante, les étudiants commencent à prendre en charge des patients. La mission d'enseignement au sein des services hospitalo-universitaires se poursuit également pour les praticiens diplômés, en effet la faculté et l'hôpital propose des masters et des diplômes universitaires permettant de parfaire sa pratique.

La mission de recherche est organisée autour de journées de programme hospitaliers et de recherche clinique (PHRC) (risques infectieux, biomatériaux, douleurs, imagerie, épidémiologie, santé publique...). Les praticiens des différentes consultations se regroupent afin d'établir les nouveaux axes de pratiques et les domaines qu'ils veulent approfondir en adéquation avec les nouvelles pratiques. Lors de mon cursus étudiant personnel j'ai eu l'occasion de participer à des essais de nouveaux outils telle que la caméra optique ; par sa présence les praticiens et étudiants peuvent alors approfondir son utilité et permettre ensuite son développement dans la pratique courante en ville.

b) L'offre hospitalière d'odontologie

38 hôpitaux facturent des actes d'odonto-stomatologie en Ile-de-France. Il s'agit de 3 hôpitaux militaires, 6 hôpitaux privés et de 29 hôpitaux publics.

L'activité en odonto-stomatologie relative aux hôpitaux publics correspond à des pratiques différentes selon les services concernés. En effet, sur les 29 hôpitaux décomptés comme produisant des soins dentaires, seulement 6 hôpitaux de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) sont réellement dotés d'un service autonome d'odontologie. L'activité odonto-stomatologique des 23 autres hôpitaux correspond à des soins chirurgicaux effectués par des stomatologues à des patients hospitalisés au sein de ces établissements.

Il existe donc en Île-de-France véritablement 6 hôpitaux dotés d'un service d'odontologie autonome, c'est-à-dire équipé et organisé avec un chef de service, une administration consacrée aux soins bucco-dentaires, des fauteuils et des infrastructures techniques spécifiques aux soins bucco-dentaires. Il s'agit d'hôpitaux hospitalo-universitaires qui ne sont pas répartis de façon égalitaire sur le territoire (Figure 2). En effet, ils ne sont présents que dans la « petite couronne » et aucun d'eux ne se situent dans le Nord Est, l'extrême Sud-Est et l'extrême Sud-Ouest de celle-ci. Il persiste donc en Île-de-France des zones sans offre hospitalière de soins bucco-dentaires.

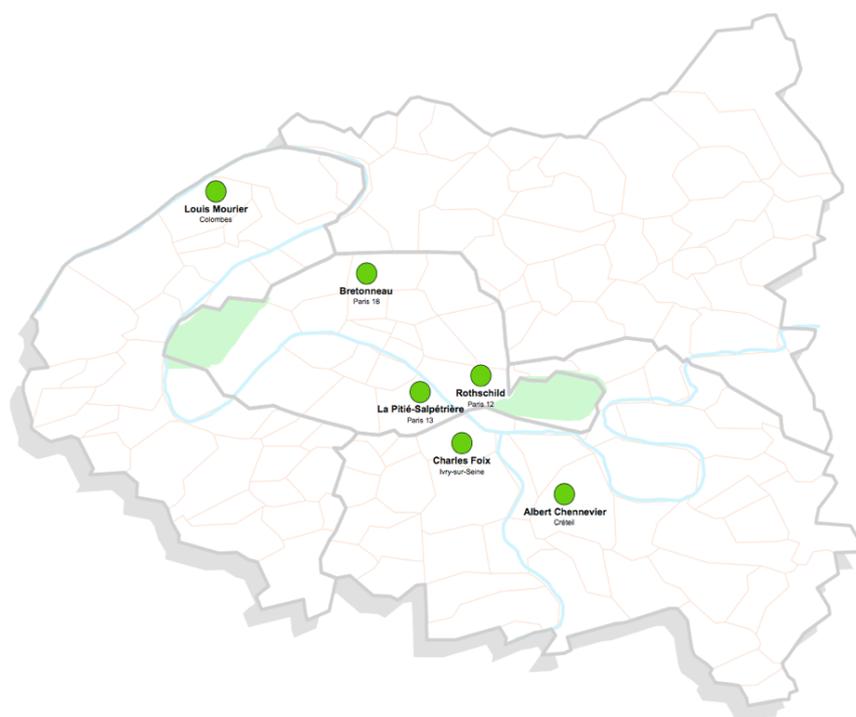


Figure 2 : Répartition des hôpitaux de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris dotés d'un service d'odontologie (ARS 2017)

Ces hôpitaux sont des Centres hospitalo-universitaire (CHU), en effet ils sont reliés aux deux facultés de chirurgie dentaire d'Île-de-France. La faculté de Garancière attachée à l'université Paris-Diderot et la faculté de Montrouge attachée à l'université de Paris-Descartes. (Figure 3).

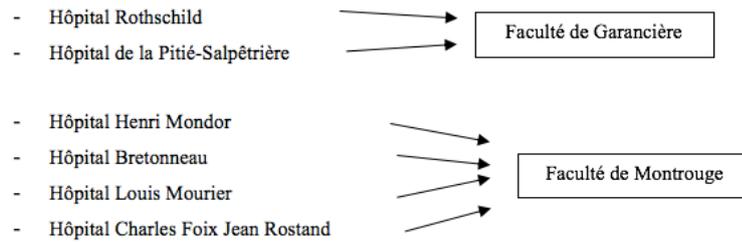


Figure 3 : Attachement des hôpitaux par rapport aux deux facultés de chirurgie dentaire

On estime à 350 le nombre de fauteuils cumulés dans ces services hospitaliers.

Les soins prodigués dans ces hôpitaux peuvent être différents (Tableau 1).

Tableau 1: Spécificités des soins bucco-dentaires spécialisés proposés dans chaque service d'odontologie de l'APHP.

Hôpital Rothschild	<ul style="list-style-type: none"> - Soins conservateurs et endodontiques. - Prothèse dentaire. - Chirurgie orale et implantologie. - Parodontologie. - Pédodontie (+ service d'urgence spécialisé et MEOPA) - Consultation ATM <p><u>Attention pas d'orthodontie</u></p>
Hôpital Pitié-Salpêtrière	<ul style="list-style-type: none"> - Soins conservateurs et endodontiques. - Prothèse dentaire et maxillo-facial. - Chirurgie orale et implantologie. - Parodontologie. - Consultation spécifique (douleur, biphosphonates, phobie, patient handicapé...). - Orthodontie enfant et adulte. - Consultation PASS. <p><u>Attention pas de pédodontie.</u></p>
Hôpital Henri Mondor	<ul style="list-style-type: none"> - Soins conservateurs et endodontiques. - Prothèse dentaire. - Chirurgie orale et implantologie. - Parodontologie. - Pédodontie. - Orthodontie enfant et adulte. - Soins sous MEOPA. - Consultation PASS.
Hôpital Bretonneau	<ul style="list-style-type: none"> - Soins conservateurs et endodontiques. - Prothèse dentaire. - Chirurgie orale et implantologie. - Parodontologie. - Pédodontie. - Orthodontie enfant et adulte.
Hôpital Louis Mourier	<ul style="list-style-type: none"> - Soins conservateurs et endodontiques. - Prothèse dentaire. - Chirurgie orale et implantologie. - Parodontologie. - Pédodontie. - Orthodontie.
Hôpital Charles Foix Jean Rostand	<ul style="list-style-type: none"> - Soins conservateurs et endodontiques. - Soins aux personnes handicapés. - Prothèse dentaire. - Chirurgie orale et implantologie. - Parodontologie. - Pédodontie. - Orthodontie.

Parmi tous les hôpitaux, le GHPS est le seul à assurer une permanence des soins d'urgences 24H/24.

2.1.3 L'offre non hospitalière d'odontologie en Île-de-France : les cabinets libéraux et les centres de santé

En 2018, il y avait 42 348 chirurgiens-dentistes en France (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et al. 2018). Le taux de chirurgiens-dentistes en Île-de-France est équivalent à la moyenne nationale 64 pour 100 000 habitants, mais la densité parisienne est de 142 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

D'après les chiffres extraits de la DREES, il y avait en 2018 en Île-de-France 8 915 dentistes. Parmi eux, 6 131 avaient un exercice libéral exclusif (69 %), 171 étaient salariés hospitaliers (1,9 %), 988 associaient exercice libéral et salarié (11 %) et enfin 1625 étaient salariés hors hôpital (18 %).

Les 6 autres départements franciliens sont en-dessous ou très en-dessous de la moyenne, en particulier en Seine-Saint-Denis où la densité professionnelle est à peine supérieure à la moitié de la densité régionale (Agence Régionale de Santé 2017).

2.1.3.1 L'offre de soins libérale

La grande majorité des chirurgiens-dentistes français exercent leur activité en libéral. Il s'agit d'une des professions de santé les plus indépendantes (Figure 4). En effet le pourcentage d'activité libérale varie entre 55 et 70 % en Île-de-France et frôle les 90 % en France (Agence Régionale de Santé 2017). La répartition de ces praticiens varie entre : praticiens libéraux (c'est-à-dire dépositaire d'un cabinet), praticiens salariés collaborateurs, et praticiens exerçant en centre de santé (nombre qui subit une croissance fortement accélérée ces dernières années).

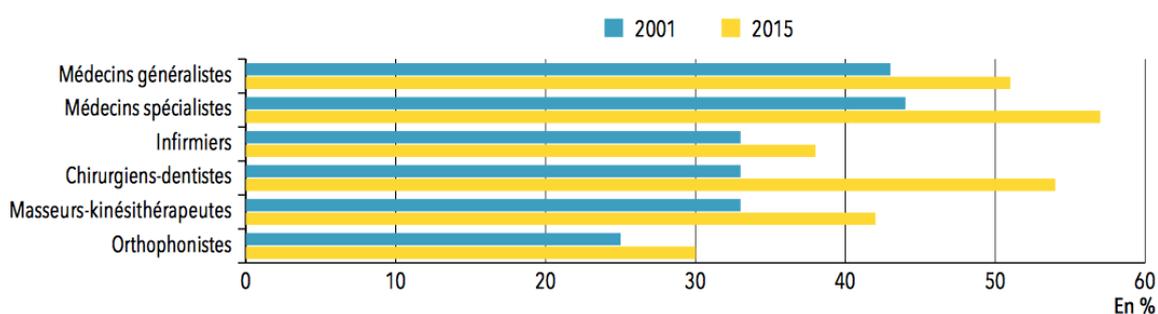


Figure 4 : Part des professionnels de santé libéraux exerçant en groupe (ou société) dans le secteur des soins de ville (DREES, ADELI 2001,2015)

Département	Nombre de dentistes pour 100 000 habitants
Paris	142
Hauts-de-Seine	86,42
Val-de-Marne	68,34
Yvelines	59,33
Seine-Saint-Denis	54,72
Val-d'Oise	53,83
Essonne	53,01
Seine-et-Marne	48,6

Tableau 2 : Démographie des chirurgiens-dentistes en Île-de-France (Conseil de l'ordre 2019)

Les soins dentaires représentent 5,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2017. Dans les cabinets libéraux la majorité des chirurgiens-dentistes exerce en omni pratique.

Les soins remboursables des dentistes sont composés en majorité de soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation etc.) : ils représentent 51 % du nombre total d'actes en 2016, les radiographies représentent 19 % des actes, les consultations et visites 12 %, les prothèses 11 %, les actes de chirurgie 5 % et enfin l'orthodontie 2 % (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et al. 2018). (Figure 6)

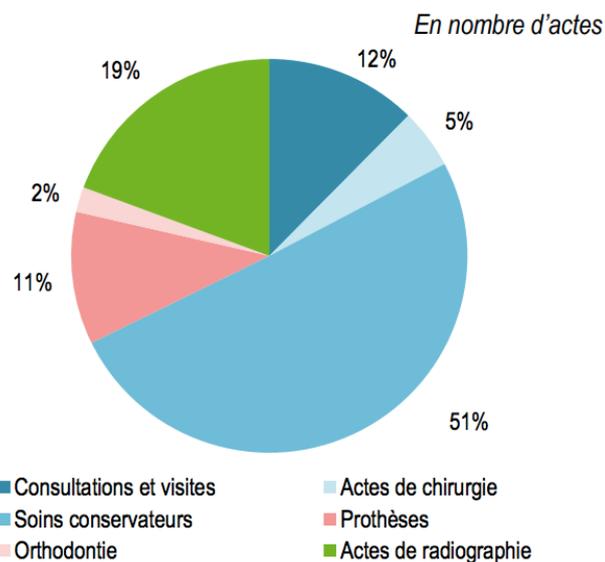


Figure 6 : Répartition des actes dentaires libéraux en 2016 (DRESS 2018)

La nomenclature des soins dentaires favorise les actes prothétiques qui sont sujets à dépassements contrairement aux soins conservateurs aux tarifs encadrés et aux soins de prévention. Ils représentent seulement 13 % des actes pratiqués, et sont pourtant ceux sur lesquels les dépassements d'honoraires sont concentrés.

Les remaniements et nouvelles signatures de convention, tendent à modifier ces chiffres. En effet le 21 juin 2018 une convention dentaire a été signée par la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD), l'Union Dentaire (UD) et l'Assurance maladie. Cette convention a pour objectif de rééquilibrer la pratique des soins dentaires vers la prévention.

Ainsi les chiffres présentés précédemment devraient changer dans les années à venir.

2.1.3.2 L'offre de soins des centres de santé.

Des centres de santé avec une offre de soins dentaires se développent parallèlement aux cabinets libéraux et centres hospitaliers depuis l'autorisation qui en est faite par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en 2009.

La grande différence d'organisation avec le cabinet libéral réside dans le fait qu'ils proposent le plus souvent aux patients de prendre en charge l'avance du tiers-payant après les soins (en général les tarifs exercés sur ces soins sont plus avantageux pour les patients). De plus, ces centres agissent pour la plupart en association avec les réseaux d'assurance complémentaire ce qui permet alors une meilleure adéquation des honoraires encaissés aux forfaits de remboursement de ces complémentaires et une prise en charge administrative des remboursements fluidifiée.

Ces deux services sont souvent absents en cabinets libéraux, ainsi les patients les plus démunis trouvent dans le système des centres de santé une solution pour être soignés. En sortant des centres ils n'ont pas effectué de dépenses issues de leurs propres moyens.

En 2015, ils sont au nombre de 643 en France (Vigneron et Fédération des Etablissements Hospitalier et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP) 2015). (Figure 7)

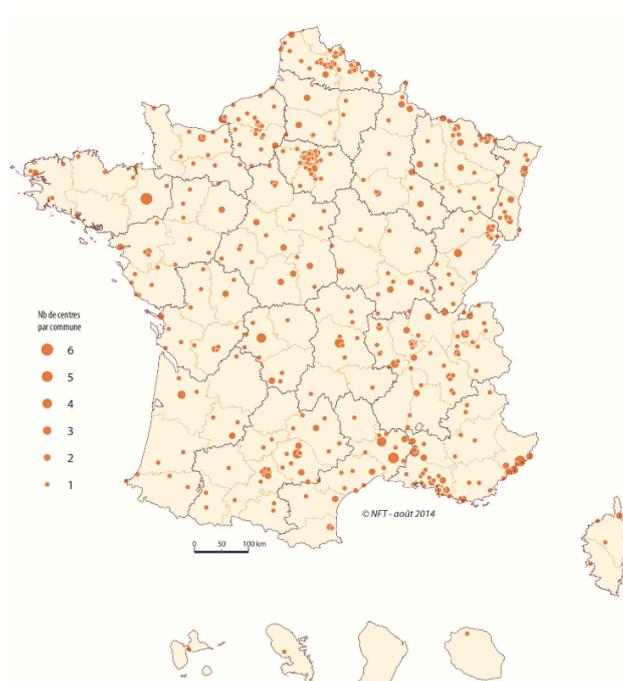


Figure 7 : Répartition des centres de santé dentaire en France en 2014 (VIGNERON 2015)

En 2016, il y avait 726 centres de santé dentaires en France (Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et al. 2017). (Tableau 3) Ils permettent ainsi une augmentation de la densité de l'offre de soins et une amélioration de l'accessibilité géographique des soins pour la population.

	01/01/2011	01/01/2012	01/01/2013	01/01/2014	01/01/2015	01/01/2016	01/11/2016
CS toute activité (nouveau codage)	2142	2129	2179	2221	1720 (+ 158)	1816 (+110)	1914 (+66)
CS dentaires (nouveau codage)	583	592	628	658	632 (+20)	684 (+5)	726 (+0)

Tableau 3 : Nombre de centres de santé depuis janvier 2011 : centres toute activité confondue et centres dentaires (IGAS 2017)

Ces chiffres sont en constante évolution.

La qualité essentielle des Centres de santé dentaire est leur politique de prise en charge globale du patient. En effet de par leur structure ils possèdent des plateaux techniques complets ainsi que des équipes de praticiens variés. Les centres sont ainsi capables de prendre en charge les actes de radiologie (panoramique, scanner), les soins courants conservateurs et endodontiques, les actes prothétiques (amovible et fixe), la chirurgie orale et implantaire, la parodontologie et enfin l'orthodontie. Dans leur objectif de prise en charge globale les centres sont assez enclins à accepter les urgences dentaires par rapport aux cabinets libéraux. Les centres de santé peuvent proposer également un service pour la pédodontie.

Le rôle du secteur hospitalier serait d'établir une continuité, une relation, un lien avec les cabinets libéraux, centres de santé dentaire lorsque la prise en charge des patients est irréalisable dans ces derniers que ce soit pour des raisons médicales (populations à profil médical complexe poly pathologique, patients âgés, patients à risques) ou sociales (patients défavorisés, à faible revenu, sans protection sociale ou avec une protection sociale non adaptée, patients étrangers). Ces patients à besoins spécifiques nécessitent une attention et des précautions particulières de par leur vulnérabilité marquée.

2.1.4 L'éducation thérapeutique du patient en Île-de-France : la prévention bucco-dentaire

Des programmes de prévention bucco-dentaire collectifs, évalués, existent depuis plus de vingt ans. En effet, les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) ont renforcé les mesures de prévention du Plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2010 en préconisant, au-delà des mesures de prévention pour les populations spécifiques (enfants et adolescents, femmes enceintes, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité, porteurs de pathologies chroniques) une stratégie de prévention pour la population générale adulte, rappelant l'importance d'un brossage quotidien des dents a minima deux fois par jour et une incitation, renforcée par les professionnels de santé, à un examen de prévention bucco-dentaire annuel (Ménard et al. 2016).

Ces programmes permettent d'appréhender justement toutes ces fois où un individu peut manquer d'être soigné pour n'importe quelles raisons vues précédemment.

La nécessité de développer, en complément du système de soins, une approche plus collective de la santé, prenant mieux en compte les déterminants non médicaux de la santé et faisant toute sa place à la prévention a conduit à une véritable avancée de la santé publique dentaire.

Les praticiens peuvent s'ils le désirent se former et participer à des programmes d'éducation thérapeutique pour les patients (ETP). En effet en Île-de-France, le Laboratoire Éducation et Pratiques de Santé de l'Université Paris 13, en collaboration avec l'Agence Régionale de Santé Ile-de-France, a mis en place CART'EP. Ce réseau est accessible aux professionnels de santé souhaitant prendre connaissance des programmes d'ETP.

Lors de leur expérience universitaire, les étudiants ont l'occasion de participer à de nombreuses missions de prévention bucco-dentaire. Encadrés par des enseignants et par des praticiens missionnés par l'Agence Régionale de santé, ils effectuent des stages de préventions dans des établissements tels que des écoles primaires, des collèges et lycées et des EHPAD.

Ils sont également en contact en EHPAD avec des patients ayant un certain âge ou simplement avec des pathologies complexes. Ces patients doivent bénéficier d'une prise en charge spécifique, de traitements et prescriptions modifiés.

Lors de la pratique de son exercice, le chirurgien-dentiste peut être amené à prendre en charge des patients aux besoins spécifiques. Ces patients nécessitent alors une prise en charge particulière au niveau des actes à réaliser, au niveau du suivi et des prescriptions médicamenteuses.

2.2 Les besoins de soins bucco-dentaires en Île-de-France

2.2.1 La population adulte en Île-de-France (démographie, facteurs socio-économiques).

Avec 12,21 millions d'habitants, l'Île-de-France regroupe 20 % de la population française (66,99 millions d'habitants). C'est la région la plus peuplée de France. Les départements franciliens les plus peuplés sont : Paris (19 %), les Hauts-de-Seine (13,3 %) et la Seine-Saint-Denis (12,9 %). Avec le développement du « Grand Paris » il sera alors un jour sûrement nécessaire d'étendre l'action des hôpitaux publics de l'APHP aux banlieues avoisinantes de Paris.

L'Île-de-France : une agglomération grandissante.

En 2017, l'excédent naturel continue de soutenir la croissance de la population francilienne. Bien qu'en baisse depuis 2015, son recul reste plus modéré qu'ailleurs. La jeunesse de la population soutient les naissances et limite les décès. L'Île-de-France est la région la plus féconde de France métropolitaine et celle où l'on vit le plus longtemps (Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) 2019a). L'espérance de vie croît au fil des années. Elle est nettement supérieure à celle du reste de la France. On note ainsi une espérance pour les hommes de 77 ans et pour les femmes de 84 ans. Le vieillissement de la population peut avoir pour conséquence l'augmentation de l'incidence de poly pathologies.

L'Île-de-France : une population jeune, qualifiée et distinguée pour sa part d'étrangers qui y résident

La population francilienne est jeune en effet d'après l'INSEE, 40 % de la population a moins de 30 ans (Figure 8).

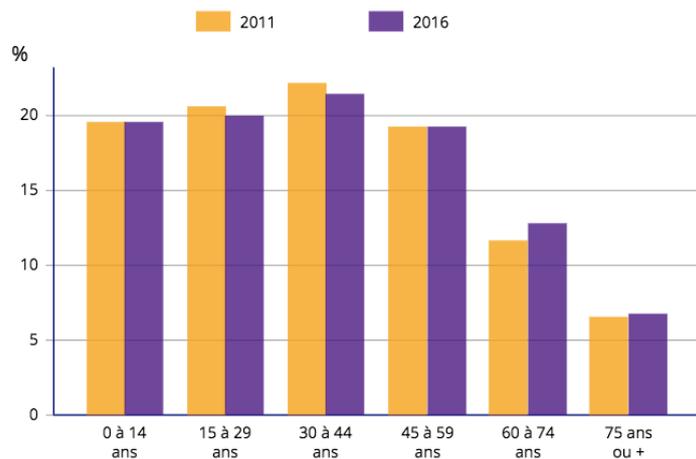


Figure 8 : Population d'Île-de-France par tranches d'âges (Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) 2019b)

Les cadres représentent 28 % de la population à Paris et 17 % de la population d'Ile-de-France, contre 9 % seulement à l'échelon national d'après les chiffres du Grand Paris.

La part d'étrangers est aussi plus importante en Ile-de-France que dans les autres régions françaises : ils sont 15 % à Paris et 11 % au total de l'Ile-de-France, contre 6 % seulement à l'échelon national (Figure 9).

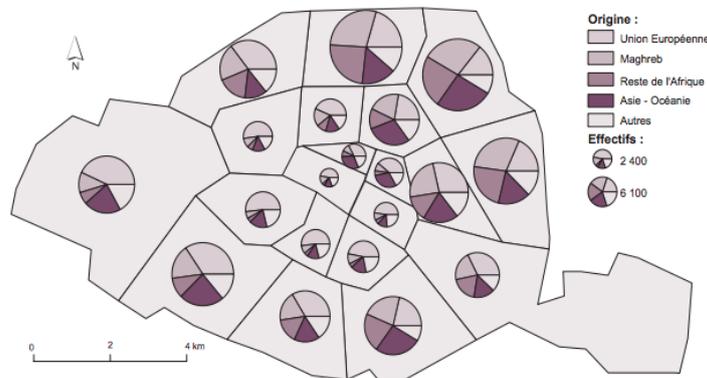


Figure 9 : Les étrangers par nationalité dans les arrondissements de Paris (Observatoire régional de santé d'Île-de-France (ORS) et al. 2011)

L'Ile-de-France, la région la plus riche de France mais aussi la plus inégalitaire.

Comme le rapporte (Institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU) 2019) dans son étude, c'est à Paris que l'on trouve le plus de ménages très aisés (18,4 %), le plus de cadres (25,9 %) et le moins d'ouvriers (7 %). Les disparités entre territoires se creusent.

Avec plus de cadres qu'ailleurs, le niveau de vie des Franciliens les plus riches est supérieur de près d'un quart à celui des autres Français les plus riches en 2015. Pour les plus pauvres, c'est l'inverse avec des niveaux de vie inférieurs de 5 % à ceux des autres Français les plus pauvres. D'après Parizot et al. (2003) dans les zones urbaines sensibles (ZUS) (92,93,95), on constate que la population rencontre plus de difficultés de l'enfance à l'âge adulte avec des fragilités familiales, des soucis d'intégration scolaires, une précarité des emplois (taux de chômage >20 %), une faible estime de soi. Ces ZUS sont pour la majorité surpeuplées et les logements sociaux sont majoritaires. Ces conditions de vie nuisent alors à leur accès aux soins et donc à la santé physique et morale de cette population.

2.2.2 L'état de santé bucco-dentaire de la population en Île-de-France.

Les maladies bucco-dentaires sont très fréquentes et ont un retentissement sur l'état général et la qualité de vie. Ce sont aussi des pathologies qui provoquent d'importantes inégalités sociales de santé. Ces éléments font de la santé bucco-dentaire une priorité des politiques de santé publique.

Les pathologies bucco-dentaires sont fréquentes. Les 3 principales affections sont : la carie (et ses complications), la maladie parodontale et les cancers de la cavité buccale.

La santé bucco-dentaire correspond également à une absence de douleur, de limitations fonctionnelles (mastiquer, parler) et de perturbations dans la qualité de vie (apparence, sommeil) (Vincelet et al. 2008).

En France, la proportion d'adulte avec au moins une dent cariée à traiter est comprise entre 33 et 50 % (Ménard et al. 2016).

On estime que les formes sévères des maladies parodontales, pouvant entraîner la mobilité et la perte de plusieurs dents, atteignent environ 10 % de la population (Agence Régionale de Santé 2017).

En France, les cancers de la cavité buccale représentent chaque année plus de 7500 nouveaux cas (3/4 d'entre eux sont des hommes) et 1875 décès (Agence Régionale de Santé 2017).

L'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France a choisi de s'intéresser à la santé bucco-dentaire à partir des données de l'enquête décennale santé de l'Insee (2002-2003), en axant sa réflexion sur les inégalités sociales de santé. Ce travail a été mené en collaboration avec l'UFR d'odontologie de Paris VII et est publié en 2008.

On constate ainsi qu'en 2002, 13,5% des Franciliens de 18 ans ou plus déclarent un problème dentaire : 8,2% disent avoir des caries non traitées, 5,8% un déchaussement des dents et 1,3% des abcès dentaires fréquents. Environ la moitié de la population (46,6%) déclare des antécédents de soins prothétiques. Les personnes ont principalement un appareillage fixe (37,6%) et 8,9% portent un appareillage amovible. Inférieur à 10% avant 55 ans, le port d'un appareillage amovible concerne 44% des personnes âgées de 75 ans ou plus (Vincelet et al. 2008).

Les femmes ont davantage recours aux dentistes Si les femmes ne déclarent pas plus de problèmes dentaires que les hommes, elles ont des antécédents de prise en charge dentaire plus fréquents avec un taux d'appareillage de 49,4% contre 43,4% pour les hommes. Il s'agit principalement d'appareillage dentaire fixe (40,1% des femmes et 34,9% des hommes) (Vincelet et al. 2008).

L'âge ne semble pas déterminant sur l'existence de problèmes dentaires non pris en charge. Si environ 10% des personnes âgées de moins de 25 ans déclarent un mauvais état dentaire, elles ne sont que 15% dans ce cas entre 45 et 54 ans. De même, le recours aux soins dentaires pendant la période d'enquête n'apparaît pas significativement liée à l'âge. Au-delà de 25 ans, un Francilien sur dix a eu un recours curatif pendant la période d'enquête (Vincelet et al. 2008).

Les inégalités socio-économiques décrites dans la partie précédente se retrouvent au niveau de l'état de santé bucco-dentaire en Île-de-France. D'après Azogui-Lévy et Rochereau (2012), les personnes les plus défavorisées ont plus souvent un mauvais état de santé dentaire et plus de dents absentes que le reste de la population. L'indice CAOD est inférieur à 1,5 parmi les enfants de cadres supérieurs et de près de 2,5 parmi les enfants d'ouvriers. 45 % des ouvriers non qualifiés déclarent au moins une dent manquante non remplacée contre 29 % des cadres.

Des différences d'exposition aux facteurs de risque (notamment hygiène dentaire inadéquate, alimentation trop riche en hydrates de carbone, etc.) ainsi que des disparités d'accès aux soins peuvent expliquer ces inégalités sociales de santé.

2.3 L'accès aux soins bucco-dentaires

Le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 garantit « à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

La Sécurité Sociale française est un ensemble de dispositifs qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences des « risques sociaux ». La branche Maladie aussi appelée Assurance Maladie concerne quatre « risques » : maternité, maladie, invalidité, décès. Toute personne qui travaille et réside en France est obligatoirement affiliée à la Sécurité Sociale, à travers le régime dont elle relève (régime général, régime social des indépendants, régime agricole ou régimes spéciaux). L'Assurance Maladie finançait 86 % des dépenses de santé de 92 % de la population en France en 2016 (Direction de la sécurité sociale 2017). Elle permet donc de limiter la part des frais de santé à la charge de l'assuré mais pas toujours de les financer entièrement. En effet, Il existe un système tarifaire régulant tous les soins médicaux et para médicaux soumis à un remboursement de l'Assurance Maladie, cependant cette régulation n'assure pas toujours une prise en charge à 100 % des soins.» Pour chaque acte de santé pris en charge par la Sécurité Sociale il est fixé une base de remboursement. La somme restant à payer par chaque usager est appelée « reste à charge ». Ce reste à charge peut être assumé par l'assuré ou son éventuelle assurance maladie complémentaire.

Aujourd'hui 3 types d'organismes complémentaires se présentent aux patients : les mutuelles, les instituts de prévoyances, les sociétés d'assurance (Garnero et al. 2014).

- *Les mutuelles* constituent la principale famille d'organismes complémentaire santé. En 2009, elles représentent 56,2 % du chiffre d'affaires total en matière de couverture complémentaire santé (Garnero et al. 2014).
- *Les instituts de prévoyance* interviennent presque exclusivement dans le cadre des entreprises et des branches professionnelles. En 2009, 2 millions d'entreprises ont confiés la gestion de couverture de prévoyance complémentaire à une IP au profit de 5,6 millions au titre de santé. Elles détiennent alors 18,3 % du marché de complémentaire santé (Garnero et al. 2014).

- *Les sociétés d'assurance* proposent des gammes de contrats très diversifiées pour répondre aux différents besoins des clients et occuper des segments de marché négligés par les autres opérateurs. Elles détiennent alors 26,4 % du marché de la complémentaire santé (Garnero et al. 2014).

Ces organismes sont payants. Ils sont financés par l'assuré lui-même ou son entreprise. Ils remboursent après cotisation les restes à charges des patients sur des actes à honoraires fixes ou sujets à dépassements d'honoraires (prothétiques ou d'orthodontie par exemple) ou hors nomenclature (implantologie, la parodontologie ...).

Une part importante de la population française ne peut bénéficier d'une couverture maladie complémentaire privée et doit faire face à des restes à charge trop élevés en regard de leurs moyens. Il existe notamment deux dispositifs d'aide pour améliorer la prise en charge des patients concernés : la CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé). En 2014, 8,8 millions de personnes vivaient avec des revenus inférieurs au seuil de pauvreté, soit 14,1 % de la population. Tous régimes confondus, sur la même année, 5,6 millions de personnes ont bénéficié d'une aide à la complémentaire santé (CMU-C ou ACS), soit 8,8 % de la population (Couverture maladie universelle 2016a). Il existe enfin une protection particulière que l'état met en place pour les personnes étrangères en situation irrégulière appelée AME (Aide Médicale d'État).

2.3.1 La couverture maladie universelle (CMU)

La CMU-C est instaurée par la loi du 27 juillet 1999, elle donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital) en fonction de certaines conditions (résider en France de façon stable et régulière depuis plus de 3 mois et avoir un revenu inférieur ou égale à 8950€ par an). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale (Couverture maladie universelle 2016b).

De plus, la CMU-C inclut des forfaits de prise en charge pour les soins dentaires, les lunettes, les prothèses auditives...

Concrètement, pour faciliter l'accès aux soins, le patient ne paye pas directement ses dépenses de santé. Il s'agit de la dispense d'avance des frais.

En France, selon l'enquête ESPS (enquête santé et protection sociale), près de 93 % de la population générale déclare bénéficier d'une couverture complémentaire, dont un peu plus de 4 % au titre de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (Kambia-Chopin et al. 2008).

Au 31 décembre 2018, environ 5,48 millions de personnes affiliées au régime général bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en France et 929 000 en Île-de-France. (Chiffres officiels fournis par le site de la CMU).

En 2003, dans une étude menée par (Borgès Da Silva et al. 2003) 3118 bénéficiaires de la CMU et 3310 bénéficiaires du Régime général, répartis sur 8 régions, ont été examinés par des chirurgiens-dentistes conseils du service du Contrôle médical de l'Assurance maladie à l'occasion de demandes de prise en charge de prothèses. Les résultats de l'étude mettaient en évidence que l'indice moyen CAO était semblable dans les 2 populations étudiées, mais le nombre de dents absentes (A) était très supérieur à celui de la population générale chez les bénéficiaires de la CMU-C. Ce nombre était compensé par un nombre de dents obturées (O) très inférieur. Le risque de ne pas recevoir de soins conservateurs était multiplié par 1,5 à 3 chez les plus démunis.

L'ensemble des résultats témoigne d'un déficit majeur en soins précoces chez les bénéficiaires de la CMU-C.

Soins dentaires pris en charge par la CMU

Les soins dentaires pris en charges par la CMU, sont fixés et plafonnés par l'Assurance Maladie. Ils concernent des soins conservateurs (restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté : inlay-onlay), et des soins prothétiques (pose d'une couronne métallique, céramo-métallique ou en équivalents minéraux jusqu'à la deuxième prémolaire incluse depuis 2019, ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale, pose d'un inlay core avec ou sans clavette, pose d'une prothèse plurale sur pilier dentaire ou inlay core aussi appelée bridge, pose d'une prothèse amovible partielle à complète en résine ou châssis métallique et enfin adjonction, remplacement et réparation des prothèses amovibles).

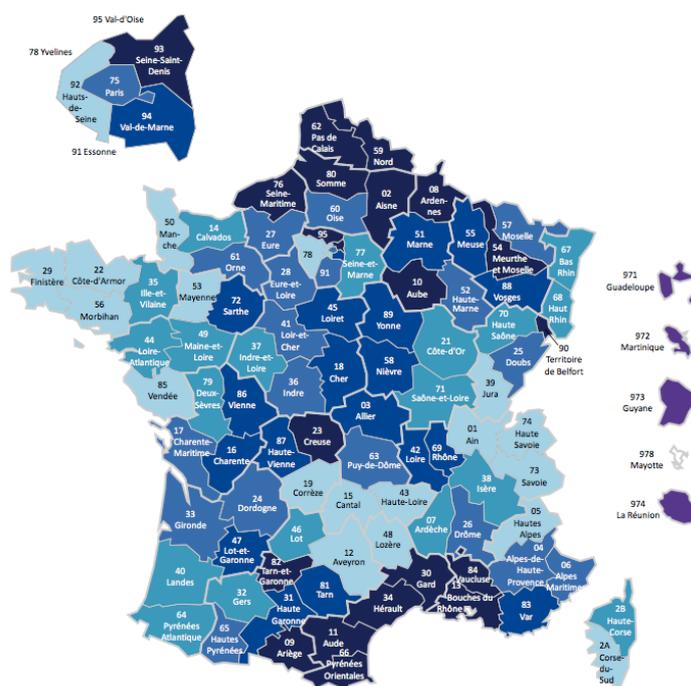


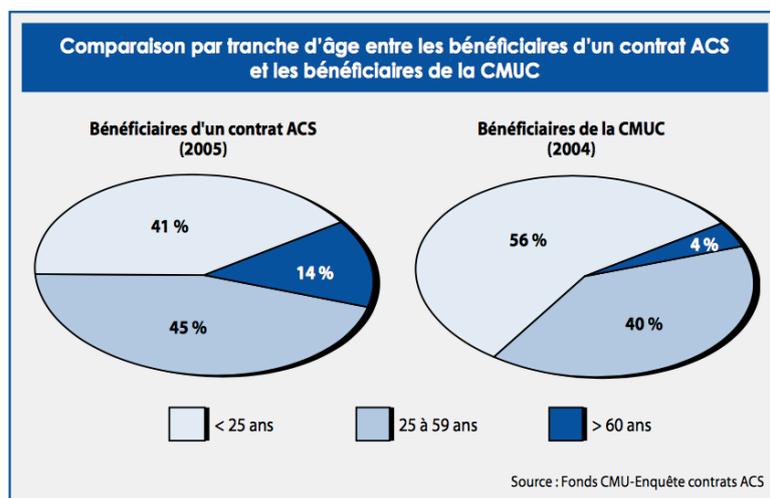
Figure 10 : Densité des bénéficiaires par rapport à la population et par département (Couverture maladie universelle 2016a)

Répartition métropole						
Couleur	Pourcentage population		Nombre	Effectifs	Pourcent. Effectifs	
	>= 2,8%	< 4,9%	19	438 603	9,3%	
	>= 4,9%	< 6,1%	19	718 634	15,3%	
	>= 6,1%	< 6,8%	19	858 593	18,3%	
	>= 6,8%	< 7,8%	19	892 351	19,0%	
	>= 7,8%	<= 14,6%	20	1 792 077	38,1%	
			96	4 700 257	100,0%	
Répartition Dom						
Couleur	Pourcentage population		Nombre	Effectifs	Pourcent. Effectifs	
	>= 24,3%	<= 37,8%	4	611 448	100%	

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA – Outils : Philcarto – Mayotte : non renseigné

2.3.2 L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

L'ACS est mise en place en janvier 2005, son objectif est de limiter l'effet seuil des critères d'éligibilité de la CMU-C en facilitant l'accès à une couverture complémentaire.



En France, 1,35 millions de personnes sont bénéficiaires de contrats ACS, cumulé sur les 12 derniers mois au 31/12/2015 d'après les chiffres de la Couverture maladie universelle (2016). A savoir : même si le taux de bénéficiaires a augmenté depuis 2005 le recours à l'ACS reste faible par rapport aux estimations voulues.

Pour pallier à ce manque d'inscription, l'assurance maladie a décidé depuis la réforme de 2019 d'étendre la couverture de la CMU-C aux patients bénéficiant de l'ACS.

2.3.3 L'aide médicale d'état (AME)

Cette aide est instaurée en France en 1999, elle permet aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Tous les soins dentaires dispensés à l'hôpital ou en ville sont donc pris en charge à 100 % dans la limite du tarif de responsabilité de l'Assurance Maladie (tarif de base de remboursement).

Limite : pour les actes prothétiques et orthodontiques, aucun dépassement d'honoraires n'est pris en charge par l'Assurance Maladie.

Attention : Les tarifs de prothèse et d'orthodontie prévus pour les bénéficiaires de la CMU ne sont pas applicables pour ces patients. Le praticien demande des dépassements d'honoraires qui sont à la charge du patient.

Le praticien remettra un devis à son patient pour tout acte comportant un dépassement d'honoraires ou hors nomenclature.

Près de 300.000 bénéficiaires en 2014 (attention : données très difficilement chiffrables dans la mesure où ces personnes résident de manière irrégulière en France).

2.3.4 Le renoncement et le refus de soins

Les inégalités de santé bucco-dentaire se doublent de fortes disparités dans le recours aux soins. Les individus qui renoncent à se soigner sont ceux pour qui l'effort financier est important, parce que leurs revenus sont modestes ou qu'ils ne possèdent pas de couverture complémentaire (Azogui-Lévy 2005).

Les cas de renoncements aux soins sont difficiles à détecter. En effet, les personnes en situation de renoncement n'évoquent que rarement leurs difficultés d'accès aux soins, beaucoup les ayant intégrées comme inéluctables, n'attendant pas d'aide particulière en la matière ou ne sachant plus vers qui se tourner pour en obtenir. Ainsi les professionnels de santé hospitalier ont un rôle important dans le repérage de ces situations, ce rôle peut permettre à des personnes ayant quittées le parcours de santé de le réintégrer. En 2018, l'Assurance Maladie publie une enquête réalisée à travers 101 CPAM de France étudiant les taux de renoncement aux soins (Figure 11).

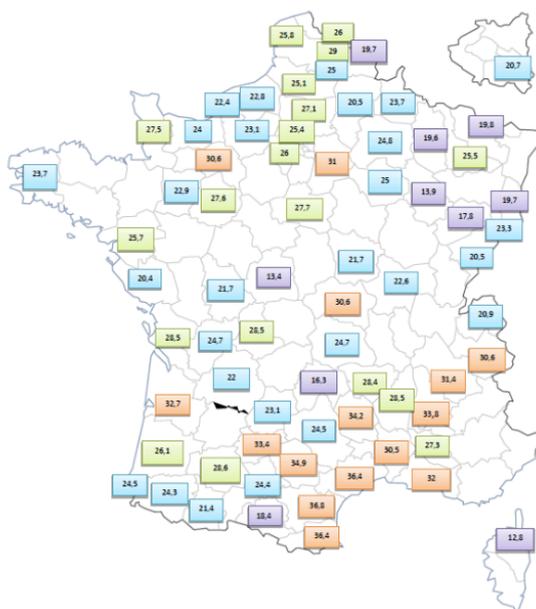


Figure 11 : Carte des départements avec taux de renoncements en % (Assurance Maladie 2018)

D'après cette étude de l'Assurance Maladie (2018), les situations de renoncement aux soins concernent majoritairement des femmes (58,6 %), des personnes vivant seules (36,6 %) ou les familles monoparentales (17,7 %). Une part importante des assurés qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins connaît, ou a connu, une instabilité par rapport à l'emploi, des ruptures parfois successives dans son parcours de vie, des expériences administratives vécues comme compliquées... Le phénomène concerne aussi des personnes bien insérées socialement aux revenus modestes, pour qui toute dépense imprévue causée par exemple par des soins onéreux ou successifs (plusieurs consultations de spécialistes) est difficile à financer, et se retrouve souvent reportée, parfois de façon pérenne.

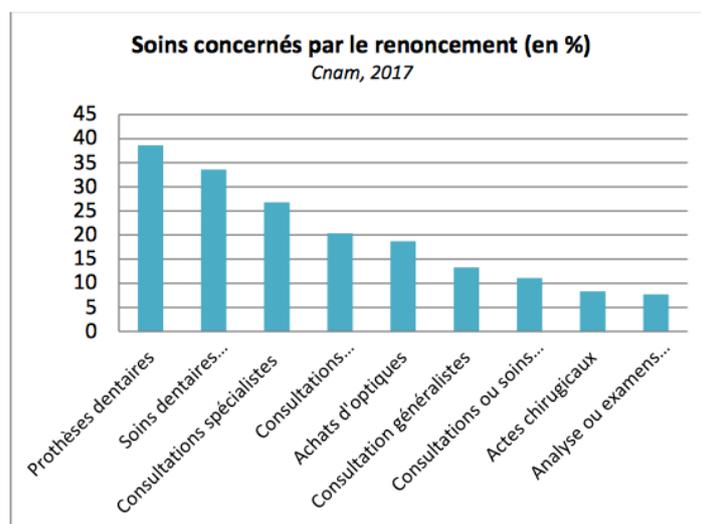


Figure 12 : Soins concernés par le renoncement en % (Assurance maladie 2018)

Le renoncement aux soins touche particulièrement les soins dentaires ainsi que les soins auditifs ou ophtalmologiques et optiques, au reste à charge plus élevé, mais cette situation devrait être amenée à muter d'ici quelques mois avec la nouvelle convention dentaire, signée le 21 juin 2018 par une majorité de la profession des chirurgiens-dentistes : cet accord met en œuvre le « reste à charge zéro » pour les soins dentaires (y compris les prothèses) et s'insère dans le programme gouvernemental du 100 % santé (Figure 12).

Les principales causes de renoncements aux soins sont :

- Leurs coûts financiers : les restes à charge qu'ils soient anticipés ou non sont aujourd'hui encore élevés pour certaines personnes, d'autant plus s'ils ne souscrivent pas à des complémentaires de santé onéreuses. Dans 3 cas sur 4, les obstacles financiers constituent la ou l'une des raisons du renoncement aux soins. (Assurance Maladie 2018) L'avance de frais est également un handicap, même pour des patients étant dans des situations stables.
- L'absence de connaissances du circuit administratif de santé (comment obtenir les aides de l'assurance maladie), la complexité des démarches, l'absence de connaissance d'un réseau médical (dans quel hôpital se diriger en fonction des soins requis, quel spécialiste aller voir en fonction de la doléance exprimée). D'après les chiffres de la Couverture maladie universelle (2017), encore 30 % des personnes éligibles à la CMU-C n'y recourent pas et 55 % pour les ACS.

Associées à ces causes principales, nous trouvons également : délais pour obtenir des rendez-vous auprès de certains spécialistes, éloignement géographique par rapport à l'offre de soins et/ou problèmes de mobilité (déserts médicaux), craintes de diverses natures, attitudes par rapport au risque maladie, aux soins, au fait de demander. C'est toute une série de raisons qui, cumulées, causent lassitude, découragement et renoncement.

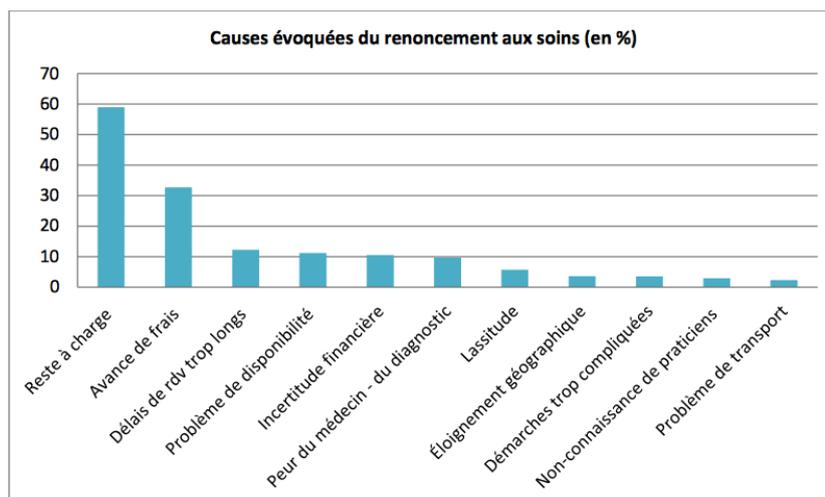


Figure 13 : Causes évoquées du renoncement aux soins en % (Assurance Maladie 2018)

Il existe également un nombre important de refus de soins de la part des praticiens. Nous allons décrire succinctement les causes de refus de soins. Cependant, il est important de souligner que même si la connotation de ce terme peut être péjoratif, il existe des situations dans lesquelles les praticiens ne peuvent réellement pas prendre en charge les patients.

- Le refus de soins social : d'après le groupe Défenseur des droits (2014), il est établi que certains professionnels de santé refusent l'accès au système de soins à des bénéficiaires des dispositifs tels que la CMU, l'ACS et l'AME. Ces pratiques ne sont certes pas généralisées mais demeurent récurrentes.

Dès novembre 2002, une première enquête a été réalisée par l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde afin de quantifier les refus de soins dentaires opposés à des bénéficiaires de la CMU et de l'AME dans 11 villes. Dans 35,3 % des cas, un refus de soins était opposé aux bénéficiaires de la CMU et, dans 52,6 % des cas, aux bénéficiaires de l'AME.

L'enquête de l'association UFC-Que choisir de 2004 a fait ressortir de fortes disparités territoriales, avec un taux de refus pouvant aller de 30 à 40 % en Ile-de-France.

L'étude commandée par le Fonds CMU en 2006 a permis de montrer des taux de refus de soins chez les dentistes s'élevant à 39,1 %.

Les manifestations des refus de soins s'expriment par : une fixation tardive des rendez-vous, une orientation systématique vers un autre confrère un centre de santé ou un centre hospitalier, un refus d'élaborer un devis, le non-respect du tarif opposable ou le refus de l'avance des frais, une attitude désagréable ou des soins de mauvaise qualité.

- Le refus de soins ethnique : cette réalité n'est pas documentée dans la littérature scientifique à notre connaissance. Il existe cependant quelques articles de journaux quotidiens français relatant des épisodes de refus de soins discriminatoires. Les refus de soins discriminatoires sont des pratiques illégales et contraires à la déontologie des professionnels de santé qui, tout en étant le fait d'une minorité, entachent l'image de la profession.
- Le refus de soins des patients atteints de pathologies : ces types de refus sont les plus ambivalents. Comme nous le présenterons plus tard dans la thèse, de nombreux patients sont atteints de pathologies complexes (certains en cumulent même plusieurs). Face à

ces pathologies, les plans de traitement, les conduites à tenir et le plateau technique peuvent être modifiés. Ces modifications et l'absence de connaissance principalement peuvent amener certains praticiens à refuser les soins. Il est tout de même important de préciser qu'il existe réellement des situations où les soins ne peuvent être réalisés qu'en milieu hospitalier.

Le renoncement aux soins est loin d'être sans conséquence. En premier lieu pour les personnes et familles qui renoncent, il peut fragiliser l'état de santé physique et mental, impacter leur vie sociale mais aussi professionnelle.

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE : La place du service d'odontologie du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière dans l'offre régionale de soins dentaires

3.1 Introduction

Comme nous l'avons montré en première partie, les habitants d'Île-de-France peuvent consulter un chirurgien-dentiste dans des cabinets libéraux, des centres de santé dentaire ou dans des services hospitaliers, public ou privés. Il existe des difficultés d'accès aux soins dentaires liées au statut socio-économique ou à l'état de santé des populations. L'une des missions de l'hôpital public est de répondre à ces difficultés. Afin d'identifier dans quelle mesure, nous décrivons dans cette étude les caractéristiques d'offre de prise en charge au sein du service d'odontologie du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière. En étudiant de manière organisée le fonctionnement du service, le type de patients qui y consultent (leur origine, leur lieu de résidence, leur type de couverture sociale, leur potentielles pathologies), ce travail pourra aussi permettre de guider le GHPS à reconsidérer ses objectifs, accentuer ou développer des services dont on ne soupçonnerait pas l'importance.

3.2 Matériel et méthodes

Pour répondre à notre objectif nous avons réalisé une enquête observationnelle au sein du service d'odontologie du GHPS.

3.2.1 Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à l'aide du Docteur Bas et du Professeur Azogui-Levy, enseignantes hospitalo-universitaire exerçant au sein de l'hôpital et spécialistes en santé publique. Le questionnaire est anonyme. (Questionnaire en Annexes)

3.2.2 Recueil des données

a) Méthodologie de recueil des données

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire que nous avons distribué à chaque praticien ou étudiant en main propre. Ainsi, dans toutes les consultations citées précédemment, nous avons donné à chaque praticien ou étudiant le nombre de questionnaires nécessaires par rapport au nombre de patients venus en consultation. Pendant ce temps-là, nous naviguions durant toute la semaine de consultation en consultation afin de veiller à ce qu'il n'y ait aucun souci au niveau du recueil.

b) Durée de l'enquête

Cette enquête s'est déroulée sur deux semaines et en deux étapes séparées. Nous avons choisi d'effectuer 2 étapes afin d'augmenter notre échantillon d'étude. La durée de recueil de données de chaque étape est d'une semaine afin de prendre en compte tous les types de consultations proposés par le service, qui s'organisent selon les jours de la semaine. La première semaine de recueil de données s'est déroulée du lundi 19 novembre au vendredi 23 novembre 2018 ; la seconde semaine de recueil de données s'est déroulée du lundi 1 avril au vendredi 5 avril 2019. Nous avons choisi d'écartier les étapes de recueil de 4 mois afin d'augmenter nos chances de recruter de nouveaux patients, ceux en cours de traitement lors de la première vague devant avoir fini leur traitement lors de la seconde vague.

Durant ces deux semaines, nous avons pu recueillir les données de 888 patients. Le critère d'inclusion ne s'est pas fait sur les types de patients mais sur les types de consultations.

Parmi toutes les consultations du GHPS nous avons exclu uniquement la consultation d'urgence et le service d'orthodontie.

Le fait de choisir les types de consultations comme critère d'inclusion nous permet alors de cibler précisément quel type de patient se dirige dans quel type de consultation. Le but étant alors de savoir si on observe alors des différences entre chaque consultation. Dans la consultation d'urgence par exemple (que nous avons exclue) les patients viennent tous pour la même raison c'est-à-dire le caractère urgent de leur demande mais non pas pour une raison qui les a éloignés du cabinet de ville ou du centre de santé.

Les groupes de consultations étudiés sont :

- **File active** : consultation de polyclinique (consultation omni pratique effectuée par les étudiants sur des patients avec des rendez-vous hebdomadaires) et consultation des internes en médecine bucco-dentaire
- **Prothèses et implants** : consultation pour édenté complet (réalisation de prothèse complète), consultation prothèse maxillo-faciale (réalisation de dispositif prothétique apte à remplacer un fragment de tissu buccal ou facial perdu lors d'événements divers), consultation implantaire, consultation apnée et consultation articulation temporo-mandibulaire-ATM (diminution des douleurs, exercice de kinésithérapie)

- **Chirurgie spécialisée** : consultation de chirurgie étudiante (consultation effectuée par les étudiants qui prennent en charge des extractions au caractère simple), consultation des internes en chirurgie, consultation de chirurgie orale (oncologie, ostéonécrose, greffes hépato-rénale)
- **Parodontologie** : consultation parodontologie des enseignants (les enseignants prennent en charge plutôt des patients atteints de parodontologies terminales) et étudiants (prise en charge des patients dans leur globalité c'est-à-dire réalisation de détartrage, surfaçage, lambeaux d'assainissement, pose de contention) et consultation de laserthérapie
- **Pass bucco-dentaire** : consultation réalisée par 5 praticiens différents en association et accueillant des patients adressés par l'assistante sociale de l'hôpital. Ces patients sont alors ensuite soignés soit par le praticien lui-même, soit par un interne en médecine bucco-dentaire ou alors ils intègrent la consultation polyclinique et sont alors soignés par les étudiants ; tout dépendra de la complexité de la situation
- **Douleurs oro-faciales** : les praticiens reçoivent des patients atteints de douleurs chroniques. L'objectif est de diagnostiquer l'origine de ces douleurs complexes (neuro-vasculaires) et de tenter d'établir un plan de traitement pour les soigner ou diminuer ces douleurs
- **Maladie chronique** : consultation de diabétologie, consultation de patients atteints d'handicap et consultation maladies rares (patients atteints de maladies génétiques, de maladies orphelines)
- **Endodontie** : soins endodontiques et retraitements effectués par les étudiants du diplôme universitaire d'endodontie (DU)
- **Esthétique** : réalisation de facettes, d'éclaircissements internes et de composites esthétiques par les internes de médecine bucco-dentaires

- **Phobie dentaire** : prises en charge de patients atteints de phobies dentaires « extrêmes » mettant en danger leur santé bucco-dentaire. Ces patients après avis du praticien responsable de la consultation peuvent alors se faire opérer sous anesthésie générale.

De cette enquête résultent 15 variables:

- Intitulé de la consultation
- Jour de consultation
- Genre (homme-femme)
- Âge
- Pays de naissance
- Département de résidence (75-77-78-91-92-93-94-95-autre France-autre étranger)
- Couverture sociale (sécurité sociale- aide médicale d'état- couverture maladie universelle complémentaire- aucune)
- Pass (oui-non)
- Dentiste traitant (oui-non)
- Affection longue durée (oui-non)
- Patient a-t-il été adressé ? (oui-non) Si oui pourquoi ?
- Patient hospitalisé (oui-non)
- Grossesse en cours (oui-non)
- Pathologie générale (oui-non)
- Si oui laquelle : cardiopathie, handicap, oncologie, psychiatrie, BPCO, Hypertension artérielle, douleurs chroniques, maladie infectieuse, endocrinologie (diabète/thyroïde), autre

2.2.3. Analyse statistique

Les données recueillies ont été reportées dans un tableau du logiciel Excel® puis traitées à l'aide du logiciel STATA 16 SE® afin de rendre exploitables les variables polytomiques. L'analyse statistique s'appuie à nouveau sur le logiciel Excel®. Il s'agit d'analyses descriptives univariées et bivariées sur les caractéristiques des patients pris en charge dans le service d'odontologie du GHPS puis des caractéristiques des patients pris en charge dans le service selon le type de consultation.

3.3 Résultats

3.3.1 Les statistiques descriptives

3.3.1.1 La taille de l'échantillon

Notre étude nous a permis sur deux semaines d'avoir un échantillon de 888 patients.

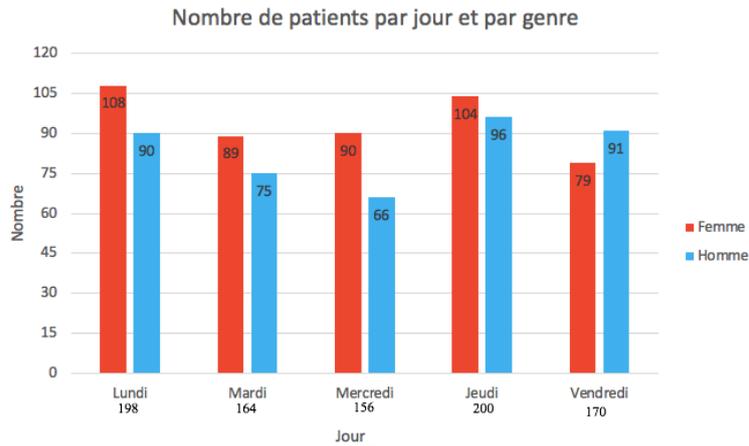


Figure 14 : Nombre de patients vus par jour de la semaine et par genre

Le nombre de patients vus par jour varie entre 156 et 200.

Nous observons un pic d'activité le lundi et le jeudi (Figure 14).

3.3.1.2 Le genre

Pourcentage d'hommes et de femmes consultés

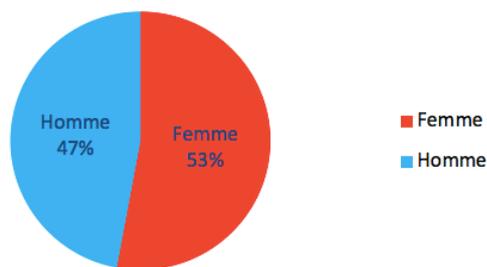


Figure 15 : Pourcentage d'hommes et de femmes vus en consultation

Notre échantillon est composé de 53 % de femmes et de 47 % d'hommes. (Figure 15)

3.3.1.3 L'âge

Âge	Nombre
Âge maximal	93
Âge minimal	9
Médiane	50,00
Moyenne	49,36

Tableau 4 : Tableau des âges

L'âge des patients varie entre 9 ans et 93 ans avec un moyenne de 49,36 ans et une médiane de 50 ans (Tableau 4). Nous avons divisé l'échantillon en 5 tranches d'âge en fonction des besoins de soins relatifs aux âges et dans un souci de cohérence (Tableau 5) :

- 0-25 ans,
- 26-40 ans,
- 41-54 ans,
- 55-64 ans,
- >65 ans.

Tranches d'âge	Pourcentages de patients
0-25 ans	10,81%
26-40 ans	23,42%
41-54 ans	23,87%
55-64 ans	19,93%
≥ 65 ans	21,96%
Total général	100,00%

Tableau 5 : Tableau des âges par tranche d'âge

L'âge moyen des femmes est de 50,86 ans et celui des hommes est de 47,68 ans (Tableau 6).

Genre	Âge Moyen
Femme	50,86
Homme	47,68
Total général	49,36

Tableau 6 : Âge moyen par genre

3.3.1.4 Région de naissance

L'ensemble de l'échantillon est composé de patients venus de nombreux pays que nous avons regroupé en 8 zones géographiques (nous avons regroupé tous les patients ne connaissant pas leur pays de naissance en «Sans réponse»).

Nous observons alors que 55 % des patients sont nés en France, 17 % dans la région du Maghreb, 15 % en Afrique (hors Maghreb), 7 % en Europe (hors France), 4 % en Asie, 2 % au Moyen Orient, 1 % en Amérique, et 1 % de patients n'ont pas pu répondre à cette question (Figure 16).

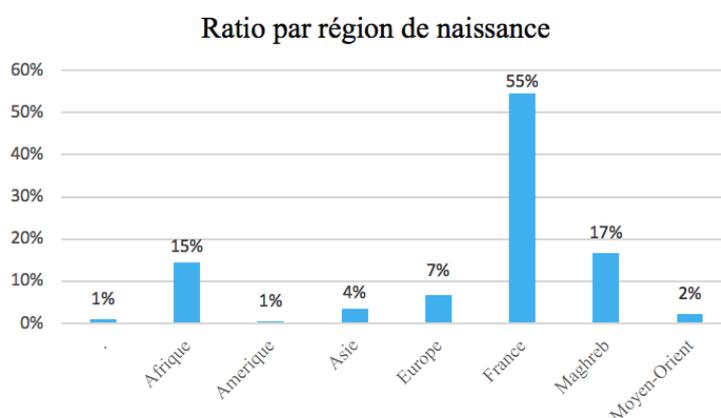


Figure 16 : Répartition des patients par région de naissance

3.3.1.5 Département de résidence (Tableau 7)

Le département majoritaire de résidence est l'Île-de-France avec 93 % des patients du service. 6,4 % des patients résident en France mais en dehors de l'IDF. Moins de 1 % des patients résident à l'étranger. 0,3 % des patients du service n'ont pas de logement fixe.

Région	% de patient
IDF	93%
Autre (France)	6,4%
Étranger	0,6%
Indisponible	0,3%
Total général	100%

Tableau 7 : Répartition des patients par département de résidence

3.3.1.6 Type de couverture sociale

Pour la grande majorité des patients observés, la couverture sociale est la sécurité sociale avec un taux de 70 %. Les patients bénéficiaires de l'AME et ceux sans couverture sociale représentent chacun 11 %, le pourcentage de patient ayant la CMU-C est de 8 %.(Figure 17) 24 % des patients du GHPS bénéficient de la PASS bucco-dentaire au sein de l'hôpital.

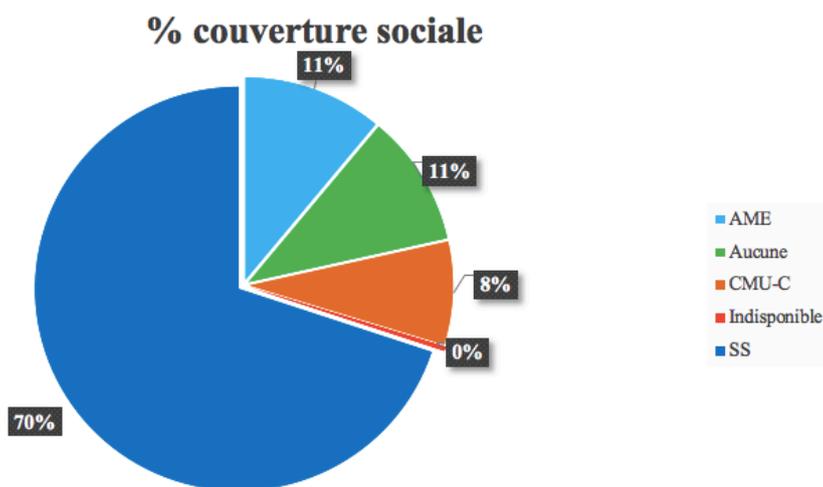


Figure 17 : Répartition des couvertures sociales des patients en pourcentage

3.3.1.7 Dentiste traitant et patient adressé

Le taux de patients ayant un dentiste traitant est de 43 %, parmi eux 70 % des patients ont été adressés (Tableau 8).

	Non	Oui	Total général
Patients ayant un dentiste traitant	57%	43%	100%
	Non	Oui	Total général
Patients adressés	30%	70%	100%

Tableau 8 : Pourcentage de patients ayant ou pas un dentiste traitant et étant adressés

3.3.1.8 Pathologie générale

Grâce aux données extraites de notre étude nous avons pu étudier la répartition des pathologies pouvant atteindre les patients se présentant au sein du GHPS (Figure 18).

Nous constatons que les pathologies cancéreuses sont les plus présentes ; elles touchent 12,4 % des patients. En second plan, l'hypertension artérielle, les pathologies d'endocrinologie touchent environ 11 % de la population. Les cardiopathies atteignent le troisième rang des pathologies frappant les patients avec un pourcentage de 9,7 %. Les douleurs chroniques touchent 8,6 % des patients. Enfin dans une moindre mesure les handicaps, les problèmes psychiatriques et les maladies infectieuses touchent 3,2 % des patients.

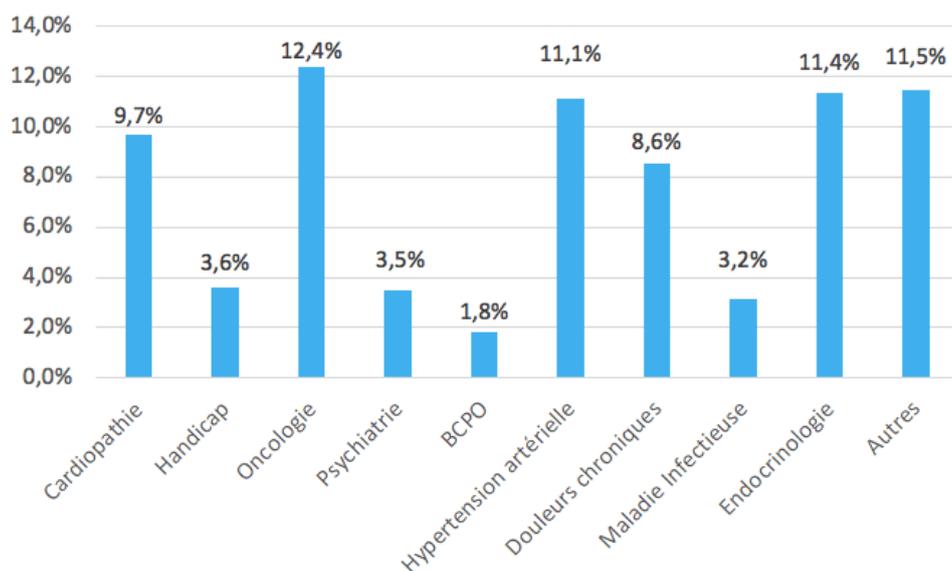


Figure 18 : Répartition des pathologies des patients en pourcentage

Nous avons réalisé également un tableau des patients cumulant plusieurs pathologies afin de connaître le pourcentage réel de patients indemnes de pathologies. (Tableau 9)

On constate alors, que 49 % des patients de l'hôpital sont indemnes, que 32 % ne sont atteints que par une seule pathologie, que 12,5 % en cumulent deux et que 4 % en cumulent trois.

Le nombre de patient cumulant plus de 3 maladies est faible.

Nombre de pathologies	Pourcentage
0	49,0%
1	32,9%
2	12,5%
3	4,1%
4	1,4%
5	0,1%
6	0,1%
Total général	100,00%

Tableau 9 : Pourcentage de patients cumulant plusieurs pathologies

3.3.2 Les statistiques par consultation

3.3.2.1 Répartition des patients

Sur les 888 patients, nous constatons que la spécialité chirurgie accueille le plus de patients du service ; 345 patients se rendent à l'hôpital pour des actes chirurgicaux (soit 39 % des patients). La file active reçoit ensuite 226 patients (25 % des patients) et la parodontologie 106 patients (12 % des patients). Environ 6 % des patients viennent pour des douleurs oro-faciales et également 6 % pour des actes prothétiques. (Tableau 10)

Groupe de consultation	Nombre de patients
DOULEURS ORO-FACIALES	52
ENDODONTIE	26
ESTHETIQUE	5
FILE ACTIVE	226
MALADIE CHRONIQUE	22
PARODONTOLOGIE	106
PASS	44
PHOBIE	3
PROTHÈSE	59
SPÉCIALITÉ CHIRURGIE	345
Total général	888

Tableau 10 : Répartition des patients par consultation

3.3.2.2 Le genre

Globalement, nous constatons que les répartitions de patients entre les différentes consultations sont plutôt équilibrées en regard des caractéristiques retenues. Nous constatons cependant que la consultation phobie dentaire est fréquentée uniquement par des femmes, que la consultation douleurs oro-faciales est fréquentée par 92 % de femmes et la consultation esthétique par 80 % de femmes.

Nous constatons que la consultation PASS et File active est plus fréquentée par les hommes avec des pourcentages respectifs de 73 % et 60 %. (Tableau 11)

Groupe de consultation	Genre	
	Femme	Homme
SPÉCIALITÉ CHIRURGIE	55%	45%
PROTHÈSE	58%	42%
PHOBIE	100%	0%
PARODONTOLOGIE	59%	41%
PASS	27%	73%
MALADIE CHRONIQUE	55%	45%
FILE ACTIVE	40%	60%
ESTHETIQUE	80%	20%
ENDODONTIE	50%	50%
DOULEURS ORO-FACIALES	92%	8%
Total général	53%	47%

Tableau 11 : Répartition des genres par groupe de consultation en pourcentage

3.3.2.3 L'âge (Tableau 12)

Les données recueillies sont relativement homogènes concernant les âges.

- Pour la spécialité chirurgie nous notons que les personnes âgées de 0-25 ans sont les moins concernés, elles représentent 15 % de l'effectif. Les personnes âgées de 65 ans représentent quant à elles 26 % des patients de cette consultation.
- En prothèse, les personnes âgées de plus de 40 ans représentent 71 % des patients.
- La consultation de phobie dentaire reçoit majoritairement des personnes âgées de 55-64 ans.
- Les problèmes de parodontologie n'affectent que très peu la population jeune, en effet les personnes âgées de 0-25 ans ne représentent que 5 % des patients consultants ce service. Toutes autres tranches d'âge sont réparties de façon homogène.
- La Pass bucco-dentaire n'est pas fréquentée par les personnes âgées de 0-25 ans. Ce sont les adultes compris entre 26 et 64 ans qui représentent la majorité des patients de cette consultation avec un pic de 43 % pour les personnes âgées de 41-54 ans.
- La consultation File active est composée de patients de tous âges, bien qu'à l'image des résultats globaux les personnes âgées de 0-25 ne représentent que 9 % des patients de cette consultation.
- La demande esthétique ne concerne que des patients d'âge inférieur à 55 ans.
- En endodontie la majorité des patients ont entre 26 et 54 ans. Nous constatons qu'aucun patient de plus de 65 ans se présente à cette consultation.
- Les patients consultant pour des douleurs oro-faciales sont majoritairement des patients âgés.

Groupe de consultation	Tranches d'âge					Total général	
	0-25 ans	26-40 ans	41-54 ans	55-64 ans	≥ 65 ans		
SPÉCIALITÉ CHIRURGIE		15%	23%	19%	18%	26%	100%
PROTHÈSE		14%	15%	20%	29%	22%	100%
PHOBIE		0%	33%	0%	67%	0%	100%
PARODONTOLOGIE		5%	27%	25%	19%	24%	100%
PASS		0%	23%	43%	27%	7%	100%
MALADIE CHRONIQUE		18%	23%	27%	9%	23%	100%
FILE ACTIVE		9%	24%	27%	22%	18%	100%
ESTHETIQUE		20%	40%	40%	0%	0%	100%
ENDODONTIE		12%	42%	35%	12%	0%	100%
DOULEURS ORO-FACIALES		8%	15%	21%	15%	40%	100%
Total général		11%	23%	24%	20%	22%	100%

Tableau 12 : Tableau des âges par tranche d'âge et par groupe de consultation

3.3.2.4 Type de couverture sociale (Tableau 13)

À l'image des données globales, dans chaque consultation la majorité des patients sont couverts par la sécurité sociale. Cependant, nous constatons logiquement que ces chiffres changent pour la Pass bucco-dentaire qui est composée de 14 % de patients bénéficiant de la CMU-C, de 18 % n'ayant aucune couverture sociale et de 41 % de patients bénéficiant de l'AME donc de patients étant étrangers.

En file active nous constatons également un pourcentage important de patient sans couverture sociale et bénéficiant de l'AME ; ils représentent à eux deux 55 % des patients se présentant à cette consultation.

Groupe de consultation	Type de couverture sociale			
	SS	CMU-C	AME	Aucune
SPÉCIALITÉ CHIRURGIE	79%	10%	4%	6%
PROTHÈSE	71%	3%	10%	15%
PHOBIE	100%	0%	0%	0%
PARODONTOLOGIE	82%	12%	6%	0%
PASS	27%	14%	41%	18%
MALADIE CHRONIQUE	95%	5%	0%	0%
FILE ACTIVE	48%	7%	22%	23%
ESTHETIQUE	60%	0%	40%	0%
ENDODONTIE	77%	0%	12%	12%
DOULEURS ORO-FACIALES	100%	0%	0%	0%
Total général	70%	8%	11%	10%

Tableau 13 : Répartition des couvertures sociales des patients par consultation en pourcentage

Comme nous l'avons expliqué, une fois que les patients ont été vu une première fois en consultation Pass bucco-dentaire, ils sont alors pris en charge par le praticien responsable de cette consultation ou alors réorientés au sein du service de polyclinique vers des internes ou étudiants en fonction de la complexité et de la nature des soins à réaliser.

On observe ainsi, que 24 % des patients de l'hôpital bénéficient de la Pass bucco-dentaire. De plus, dans le groupe file active ils représentent 57 % des patients, en endodontie ils représentent 27 % des patients, en consultation de prothèse il y a 25 % de patients en bénéficiant, et enfin ils sont 20 % en consultation esthétique. (Tableau 14)

Groupe de consultation	Non	Oui
SPÉCIALITÉ CHIRURGIE	94%	6%
PROTHÈSE	76%	24%
PHOBIE	100%	0%
PARODONTOLOGIE	95%	5%
PASS	18%	82%
MALADIE CHRONIQUE	95%	5%
FILE ACTIVE	43%	57%
ESTHETIQUE	80%	20%
ENDODONTIE	73%	27%
DOULEURS ORO-FACIALES	98%	2%
Total général	76%	24%

Tableau 14 : Répartition des patients bénéficiant de la PASS bucco-dentaire par groupe de consultation

3.3.2.5 Patients adressés (Tableau 15)

Le nombre de patients adressés est très pertinent pour notre étude car il indique que de nombreux patients n'ont peut-être pas trouvé de solution à leurs demandes dans les cabinets de ville et/ou centre de santé. Cela met en valeur un certain flux entrant de la ville vers l'hôpital. Le nombre de patients adressé est important dans notre étude car il est de 70 % toutes consultations confondues. Les chiffres sont très élevés concernant la consultation esthétique, douleurs oro-faciales et maladie chroniques avec des pourcentages respectifs de 100 %, 96 % et 91 % de patients adressés.

Secondairement, nous observons également des chiffres importants en endodontie (85 %), en chirurgie (79 %), et parodontologie (75 %).

Enfin, dans une moindre mesure mais avec des chiffres assez significatifs, nous voyons que la consultation phobie dentaire avoisine les 70 % et la consultation prothèse les 60 %.

Groupe de consultation	Patient adressé	
	Non	Oui
SPÉCIALITÉ CHIRURGIE	21%	79%
PROTHÈSE	37%	63%
PHOBIE	33%	67%
PARODONTOLOGIE	25%	75%
PASS	59%	41%
MALADIE CHRONIQUE	9%	91%
FILE ACTIVE	49%	51%
ESTHETIQUE	0%	100%
ENDODONTIE	15%	85%
DOULEURS ORO-FACIALES	4%	96%
Total général	30%	70%

Tableau 15 : Répartition des patients adressés par groupe de consultation

En résumé, sur notre échantillon de 888 patients, nous constatons qu'au sein du GHPS nous prenons en charge des patients de tout âge, majoritairement de nationalité française (55 % des patients), résidant en Île-de-France à 93 %, bénéficiant pour 70 % d'eux de la sécurité sociale, adressés dans 70 % des cas, atteints dans 51 % des cas par minimum une pathologie lourde. La majeure partie des patients consultent à l'hôpital pour des besoins de chirurgie (40 % des patients) et 25 % des patients entrent dans la file active.

3.4 Discussion

Ce travail a permis l'étude des caractéristiques des patients des consultations de suivi du service d'odontologie de la Pitié Salpêtrière. Nos résultats mettent en valeur les spécificités de la population soignée : il y a beaucoup plus de patients atteints de maladie chronique systémique que dans la population générale et beaucoup de patients bénéficiant de la CMU-C, de l'AME ou sans couverture santé. Cette constatation est représentative des chiffres présentés précédemment dans la population générale (93 % de patients bénéficiant de la CMU-C).

Notre enquête s'intéresse aux patients soignés dans le service du GHPS dans les consultations ciblées. Notre enquête s'est déroulée sur 2 semaines prises au hasard et séparées de 4 mois, il est donc raisonnable de supposer qu'il n'y a pas de patients présents à la fois dans les deux échantillons. L'analyse doit se limiter aux semaines concernées, durant lesquelles les caractéristiques de la patientèle ont pu être modifiées par des spécificités de calendrier (météo, cycle scolaire, événements particuliers).

Les caractéristiques de la population soignée sont à rapporter aux spécificités de l'offre de soins hospitalière. En effet, la PASS odontologie mis en place au GHPS propose une prise en charge financière totale et sans avance de frais aux plus démunis. Ce système ne permet que des traitements au sein de l'hôpital et n'existe pas en ville. Cela doit expliquer la sur-représentation de personnes bénéficiant de la CMU-C, de l'AME ou sans couverture santé dans le service. Le refus de soin des populations les plus précaires (section 2.3.4 page 36) par les praticiens libéraux peut aussi participer à ce résultat.

Une grande partie des patients du service sont adressés par leur chirurgien-dentiste à la ville. Cela peut être en rapport avec la proportion très importante de personnes atteintes de maladie chronique (en particulier les pathologies cardiaques, endocrinologiques et d'oncologie). En effet, la prise en charge des soins dentaires de ces personnes peut être complexe et redoutée par les chirurgiens-dentistes travaillant dans des petites structures, qui préfèrent donc déléguer le traitement à une structure hospitalière. La répartition de patients adressés selon les consultations montre en effet qu'il y a plus de patients adressés dans les consultations les plus médicales et les plus techniques qu'en file active ou PASS.

CONCLUSION

Qu'est-ce que l'odontologie hospitalière en France ? Ce sont des ressources humaines et des structures. Le déséquilibre est très important, puisqu'il y a 40 000 chirurgiens-dentistes privés pour seulement 2 000 praticiens dans le public. Il faut un lien fort entre la ville et l'hôpital, et la création d'un réseau constitue certainement une réponse sur ce point. Ce lien permettra ainsi une meilleure adaptation du service aux besoins de la population.

Par ailleurs, tandis que certains modes d'exercice orientés vers des actes rémunérateurs à honoraires libres (orthodontie, parodontie, implantologie, actes esthétiques) exercent un attrait croissant sur les jeunes praticiens, certains besoins de soins ne trouvent que difficilement une offre suffisante et adaptée : soins aux jeunes enfants ; aux personnes âgées dépendantes ; soins chirurgicaux ; soins aux personnes souffrant de maladies chroniques graves ; soins aux personnes handicapées ; urgences. Nous avons vu à travers cette étude que par sa politique de soins, son équipe et les moyens dont il dispose, l'hôpital est en mesure de répondre à toutes ses demandes. Le taux important de patients adressés, de patients cumulant plusieurs pathologies se présentant au sein de l'hôpital le confirme.

Les besoins grandissent au fur et à mesure que la région d'Île-de-France croît. En corrélation avec ces besoins nous avons vu que des inégalités se creusent. Ainsi des patients se retrouvent bloqués et ne trouvent pas de solution face à leurs problèmes de santé. Un des objectifs de notre étude était de savoir si l'hôpital offrait une solution à toutes ces personnes et la réponse est positive. En effet le taux important de patients bénéficiant de la CMU-C, de l'ACS et l'AME montre que ces patients trouvent en l'hôpital une solution effective pour leurs problèmes de santé.

Ces résultats ne sont pas surprenants, en effet le groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière fait partie de ce que l'on appelle l'Assistance publique des hôpitaux de Paris. Ainsi il se calque aux valeurs de la politique de santé française décrites dans le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui garantit « à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

Il est cependant important de préciser, que la politique de prévention, la nouvelle convention dentaire signée au cours de l'année 2018 et l'accès facilité à l'ouverture de centres de santé devraient permettre aux patients en besoin de santé de trouver des solutions en dehors des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE

Agence Régionale de Santé. Schéma d'organisation des soins. Le volet bucco-dentaire [Internet]. [sante-iledefrance.fr](http://www.sante-iledefrance.fr). 2017 [consulté le 31 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.sante-iledefrance.fr/PRS/2013-2017/ars-idf-prs-schema-orga-soins-ambulatoire-bucco-dentaire.pdf>

Assurance Maladie. Lutte contre le renoncement aux soins: un dispositif généralisé à l'ensemble du territoire métropolitain. [Internet]. 2018 [consulté le 31 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_de_presse_Cellule_de_lutte_contre_le_renoncement.pdf

Azogui-Lévy S. Questions d'économie de la santé. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Bulletin d'information en économie de la santé. 2005;(94):1-8.

Azogui-Lévy S, Rochereau T. Pourquoi s'intéresser à la santé bucco-dentaire ? Repères épidémiologiques et économiques. Sante Homme. 2012;(417):5-6.

Borgès Da Silva G, Minguet-Fabbri J, Orgebin JY, Herter G, Chanut C, Mabriez J-C. Inégalités sociables de santé dentaire: la mesure du risque et des besoins sanitaires. Sante Publique. 2003;15(3):347-58.

Collet M, Sicart D, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les chirurgiens-dentistes en France. Situation démographique et analyse des comportements en 2006. Etudes et résultats. 2007;(594):1-8.

Couverture maladie universelle. Annuaire Statistique [Internet]. 2016a [consulté le 30 janv 2019]. Disponible sur: https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Annuaire_statistique_05-2016.pdf

Couverture maladie universelle. VIIème rapport d'évaluation de la loi cmu 2016. Réalisé par le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie en application de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999. [Internet]. 2016b [consulté le 30 janv 2019]. Disponible sur: https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION_2016_Synthese.pdf

Couverture maladie universelle. Rapport d'activité de la CMU. Fonds de fiancement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. [Internet]. 2017 [consulté le 29 janv 2019]. Disponible sur: https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017_RA_VF.pdf

Darnaud C, Thomas F, Pannier B, Danchin N, Bouchard P. Oral Health and Blood Pressure: The IPC Cohort. Am J Hypertens. 2015;28(10):1257-61.

Défenseur des droits. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-c, de l'ACS et le l'AME. Rapport remis au Premier ministre mars 2014 [Internet]. 2014 [consulté le 24 avr 2019]. Disponible sur: https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_refus_soins_DDD.pdf

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Gonzalez L, Roussel R, Héam J-C, Mikou M, Ferretti C. Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé. [Internet]. 2018 [consulté le 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns18.pdf>

Direction de la sécurité sociale. Les chiffres clés de la Sécurité sociale [Internet]. 2017 [consulté le 22 mai 2019]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/chiffres_cles_ed_2017_def_bd.pdf

Fellinger F, Boiron F, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Missions de l'hôpital public [Internet]. 2011 [consulté le 29 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Mission_Hopital_Public_RapportDefinitif_Remis_au_Ministre_18avril2012.pdf

Garnero M, Le Palud V, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2009. Document de travail Série statistiques. 2014;(190):1-78.

Gupta N, Pal M, Rawat S, Grewal MS, Garg H, Chauhan D, et al. Radiation-induced dental caries, prevention and treatment - A systematic review. Natl J Maxillofac Surg. 2015;6(2):160-6.

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Personnes âgées, état de santé et dépendance : quelques éléments statistiques. [Internet]. 2015 [consulté le 30 janv 2019]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_9_-_personnes_agees_etat_de_sante_et_dependance_-_quelques_elements_statistiques_.pdf

Herman W, Konzelman J, Prisant L. New national guidelines on hypertension: A summary for dentistry. J Am Dent Assoc. 2004;135(5):576-84.

Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Daniel C, Vienne P, Sivarajah P. Les centres de santé dentaires : propositions pour un encadrement améliorant la sécurité des soins. Tome I. Rapport. [Internet]. 2017 [consulté le 13 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-105R-Tome1.pdf>

Institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU). Gentrification et paupérisation au coeur de l'Île-de-France. Evolutions 2001-2015. [Internet]. 2019 [consulté le 28 avr 2019]. Disponible sur: https://www.institutparisregion.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude_1807/Gentrification_et_pauperisation_complet.pdf

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Démographie de l'Île-de-France en 2017 : L'excédent naturel francilien résiste. INSEE Flash Île-de-France. 2019a;(38):1-2.

Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Population par grandes tranches d'âges [Internet]. insee.fr. 2019b [consulté le 30 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=REG-11#chiffre-cle-1>

Kambia-Chopin B, Perronnin M, Pierre A, Rochereau T, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006). Questions d'économie de la santé. 2008;(132):1-4.

Manfredi M, McCullough M, Vescovi P, Al-Kaarawi ZM, Porter SR. Update on diabetes mellitus and related oral diseases. Oral Dis. 2004;10(4):187-200.

Ménard C, Grizeau-Clemens D, Wemaere J. Santé bucco-dentaire des adultes. Evolutions : Résultats d'études et de recherches en prévention et en éducation pour la santé. 2016;(35):1-10.

Mesnier É. La prise en charge du patient adulte phobique des soins dentaires [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Marseille]: Aix Marseille Université - Faculté d'odontologie; 2016.

Observatoire régional de santé d'Île-de-France (ORS), Pépin P, Praznoczy C, Laurent P. La santé observée à Paris. Tableau de bord départemental [Internet]. 2011 [consulté le 26 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2011/Etude_1604/Tableau_20_de_bord_Paris_2011_1_.pdf

Parizot I, Chauvin P, Firdion J-M, Paugam S, Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES). Santé, inégalités et ruptures sociales dans les Zones urbaines sensibles d'Ile-de-France [Internet]. 2003 [consulté le 26 avr 2019]. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Travaux2003-2004.2.2.2.sante_zus_idf.Parizot.pdf

Potter CM, Kinner DG, Tellez M, Ismail AI, Heimberg RG. Clinical implications of panic symptoms in dental phobia. J Anxiety Disord. 2014;28(7):724-30.

Pujade C, Kheng R, Braconni M, Bdeoui F, Monnier A, Hoang L, et al. Soins bucco-dentaires pour les patients handicapés. Sante Publique. 2017;29(5):677-84.

Rochereau T, Azogui-Lévy S, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). La prise en charge du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques est-elle adaptée? Exploitation de l'enquête ESPS 2008. Questions d'économie de la santé. 2013;(185):1-6.

Société Française de Chirurgie Orale. Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. Med Buccale Chir Buccale. 2012;18(3):251-314.

Société Française de Stomatologie, Chirurgie Maxillo-Faciale et Chirurgie Orale. Ostéonécrose des mâchoires en chirurgie oromaxillofaciale et traitements médicamenteux à risque (antirésorbeurs osseux, antiangiogéniques).Recommandations de Bonne Pratique [Internet]. 2013 [consulté le 10 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.grio.org/documents/page500/boite-a-outils-osteoporose500-1401218783>

Vignerot E, Fédération des Etablissements Hospitalier et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP). Les centres de santé, une géographie rétro-prospective [Internet]. 2015 [consulté le 3 avr 2019]. Disponible sur: http://213.41.53.98/jcms/publications-en-une/les-centres-de-sante-une-geographie-retro-prospective-fehap_141766?hlText=centres+de+sant%C3%A9

Vincelet C, Azogui-Lévy S, Grémy I. Etat bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et curatifs de la population francilienne adulte [Internet]. 2008 [consulté le 28 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2008/Etude2008_5/2008_morbidite_dentaire_1_.pdf

ANNEXE

Intitulé de la consultation		Jour de consultation									
DONNÉES PATIENTS											
Genre	Âge	Pays de naissance	Département de résidence	Couverture sociale	PASS	Dentiste traitant	ALD	Le patient a-t-il été adressé?			
								oui - non	Si oui, pourquoi?		
PATIENT 1	homme - femme		75 - 77 - 78 - 91 - 92 - 93 - 95 - 94 autre (France) autre (étranger)	SS AME CMU-c Aucune	oui - non	oui - non	oui - non				
	Patient hospitalisé	Pathologie générale	Si oui, laquelle?								
	oui - non	oui - non	Cardiopathie Hypertension artérielle	Handicap Douleurs chroniques	Oncologie Maladie infectieuse	Psychiatrique Endocrinologie (diabète/obésité) Autre					
	Genre	Âge	Pays de naissance	Département de résidence	Couverture sociale	PASS	Dentiste traitant	ALD	Le patient a-t-il été adressé?		
homme - femme			75 - 77 - 78 - 91 - 92 - 93 - 95 - 94 autre (France) autre (étranger)	SS AME CMU-c Aucune	oui - non	oui - non	oui - non				
PATIENT 2	Patient hospitalisé	Pathologie générale	Si oui, laquelle?								
	oui - non	oui - non	Cardiopathie Hypertension artérielle	Handicap Douleurs chroniques	Oncologie Maladie infectieuse	Psychiatrique Endocrinologie (diabète/obésité) Autre					
	Genre	Âge	Pays de naissance	Département de résidence	Couverture sociale	PASS	Dentiste traitant	ALD	Le patient a-t-il été adressé?		

Questionnaire de l'étude

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Nombre de pathologie pour les 75 ans ou plus par personne	8
Figure 2 : Répartition des hôpitaux de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris dotés d'un service d'odontologie (ARS 2017).....	17
Figure 3 : Attachement des hôpitaux par rapport aux deux facultés de chirurgie dentaire	18
Figure 4 : Part des professionnels de santé libéraux exerçant en groupe (ou société) dans le secteur des soins de ville (DREES, ADELI 2001,2015).....	20
Figure 5 : Densité de chirurgiens-dentistes en 2017 et évolution annuelle pour 100 000 habitants (DRESS 2017).....	21
Figure 6 : Répartition des actes dentaires libéraux en 2016 (DRESS 2018).....	22
Figure 7 : Répartition des centres de santé dentaire en France en 2014 (VIGNERON 2015). 24	24
Figure 8 : Population d'Île-de-France par tranches d'âges (Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) 2019b).....	28
Figure 9 : Les étrangers par nationalité dans les arrondissements de Paris (Observatoire régional de santé d'Île-de-France (ORS) et al. 2011).....	28
Figure 10 : Densité des bénéficiaires par rapport à la population et par département (Couverture maladie universelle 2016a).....	34
Figure 11 : Carte des départements avec taux de renoncements en % (Assurance Maladie 2018)	36
Figure 12 : Soins concernés par le renoncement en % (Assurance maladie 2018).....	37
Figure 13 : Causes évoquées du renoncement aux soins en % (Assurance Maladie 2018).....	38
Figure 14 : Nombre de patients vus par jour de la semaine et par genre	45
Figure 15 : Pourcentage d'hommes et de femmes vus en consultation.....	45
Figure 16 : Répartition des patients par région de naissance	47
Figure 17 : Répartition des couvertures sociales des patients en pourcentage.....	48
Figure 18 : Répartition des pathologies des patients en pourcentage.....	50

Tableau 1: Spécificités des soins bucco-dentaires spécialisés proposés dans chaque service d'odontologie de l'APHP.....	19
Tableau 2 : Démographie des chirurgiens-dentistes en Île-de-France	22
Tableau 3 : Nombre de centres de santé depuis janvier 2011 : centres toute activité confondue et centres dentaires (IGAS 2017)	24
Tableau 4 : Tableau des âges.....	46
Tableau 5 : Tableau des âges par tranche d'âge.....	46
Tableau 6 : Âge moyen par genre	46
Tableau 7 : Répartition des patients par département de résidence	47
Tableau 8 : Pourcentage de patients ayant ou pas un dentiste traitant et étant adressés	49
Tableau 9 : Pourcentage de patients cumulant plusieurs pathologies	50
Tableau 10 : Répartition des patients par consultation.....	51
Tableau 11 : Répartition des genres par groupe de consultation en pourcentage	52
Tableau 12 : Tableau des âges par tranche d'âge et par groupe de consultation	53
Tableau 13 : Répartition des couvertures sociales des patients par consultation en pourcentage	53
Tableau 14 : Répartition des patients bénéficiant de la PASS bucco-dentaire par groupe de consultation	54
Tableau 15 : Répartition des patients adressés par groupe de consultation	55

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

LEVY Julien. La place du service d'odontologie du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière dans l'offre régionale de soins dentaires. 2019. 66 p. : ill., graph., tabl. Réf. Biblio. : p 59-62

Sous la direction du Dr *BAS Anne-Charlotte* et de la co-directrice *AZOGUI-LEVY Sylvie*

Th : Chir Dent. : Paris 7 : 2019

RESUME en français :

L'offre de soins bucco-dentaires en France est constituée de trois pôles : hospitalier, libéral et en centre de santé.

La recherche d'adéquation de la prise en charge hospitalière aux besoins médicaux des patients est indispensable en santé publique. L'hôpital reçoit des populations adultes de tous âges et présentant des niveaux de santé variés. Les patients de l'hôpital sont ainsi nombreux à cumuler plusieurs pathologies systémiques chroniques. Les services d'odontologie hospitaliers doivent s'adapter à ces patients à tous les niveaux de prise en charge. Il s'agit de mettre en place des soins préventifs, curatifs et de suivi adapté à la spécificité du diagnostic et du contexte médical. En effet, chacune des pathologies chroniques ou état de santé auront une influence sur l'état bucco-dentaire et sur l'orientation de la prise en charge du patient.

L'objet de cette thèse sera d'étudier la place des services hospitaliers d'odontologie dans l'offre régionale de soins dentaires. Nous nous intéressons particulièrement aux spécificités de l'activité du service d'odontologie du Groupe Hospitalier de la Pitié-Salpêtrière (GHPS).

Dans une première partie, nous exposerons les populations à besoins spécifiques que nous pouvons rencontrer au cours de notre pratique dentaire. Puis dans une seconde partie, nous présenterons le contexte des besoins de santé dentaire et l'offre de soins correspondante en Île-de-France. Nous verrons ensuite quelles sont les missions de l'hôpital public en France et dans quelles mesures les services hospitaliers d'odontologie d'Île-de-France y répondent.

La troisième partie de ce travail est dédiée à l'enquête menée au sein du service d'odontologie du GHPS. Il s'agit de reporter les caractéristiques démographiques, médicales et de couverture sociale des patients reçus en consultation au sein du service d'odontologie du groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière. Nous avons décrit les besoins de santé spécifiques des patients ayant choisi d'être soignés dans ce service et également les caractéristiques des prises en charge proposées par les chirurgiens-dentistes du service.

TITRE en anglais: The place of the odontology department of the Pitié-Salpêtrière hospital group in the regional dental services offer

DISCIPLINE : Santé publique (Économie de la santé)

MOTS-CLES Français : Service hospitalier d'odontologie (FMeSH); soins dentaires pour malades chroniques (FMeSH); Recherche sur les systèmes de santé publique (FMeSH); santé publique (FMeSH); études transversales (FMeSH).

MOTS-CLES Anglais: Dental service, hospital (MeSH); dental care for chronically ill (MeSH); Public Health Systems Research (MeSH); public health (MeSH); cross-sectional studies (MeSH).