

# Recours au cabinet dentaire des adultes âgés de 55 ans et plus

Situation en Pays de la Loire et en France  
à partir d'une analyse des données du SNDS



## AUTEURS

Marie Dalichampt, Dr Anne Jolivet et Dr Anne Tallec, Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire, en étroite collaboration avec Dr Anne Abbe Denizot (Union Française pour la Santé Bucco-dentaire UFSBD), Dr Sophie Dartevelle (UFSBD), Dr Jean-Philippe Manciaux (Union régionale des professionnels de santé URPS chirurgiens-dentistes Pays de la Loire), Dr Benoit Perrier (UFSBD, URPS), Vincent Le Gloahec (URPS) et Dr Dominique Brachet (URPS).

## FINANCEMENT

URPS chirurgiens-dentistes des Pays de la Loire

## REMERCIEMENTS

Merci à Mehdi Gabbas, Brice Dufresne, David Faggionato et Marjorie Boussac de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnam) pour la mise à disposition de données d'extraction des bases Resid'Ehpad

Merci à l'équipe du département des Etudes sur les Pathologies et les Patients (DEPP) de la Direction de la Stratégie et des Etudes Statistiques de la Cnam pour son travail sur la cartographie des pathologies et des dépenses et sa mise à disposition aux utilisateurs du SNDS

Merci aux collègues de l'ORS des Pays de la Loire, tout particulièrement Laurence Girard, Marie-Cécile Goupil, Clara Galland et Anne-Sophie Brochard pour leur aide précieuse

## SOURCES DE DONNÉES

Système national des données de santé (SNDS), datamart EGB (Echantillon Général des Bénéficiaires) et DCIR (Datamart de consommations interrégimes). Accès ORS via les profils 104 et 107 depuis le portail SNDS. Extractions effectuées entre juin et octobre 2019 sur la période d'historique autorisée allant du 01/01/2014 au 30/06/2019 (en dates de traitement).

## CITATION SUGGÉRÉE

ORS Pays de la Loire, URPS chirurgiens-dentistes Pays de la Loire. (2019). Recours au cabinet dentaire des adultes de 55 ans et plus. Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS. 72 p.

## MOTS-CLÉS

Soin dentaire, santé orale, détartrage, prothèse, prévention bucco-dentaire, chirurgien-dentiste, personne âgée, Ehpad, inégalités sociales, inégalité territoriales, SNDS, EPCI, Pays de la Loire, France.

Conformément aux conditions générales d'utilisation du SNDS que ses utilisateurs doivent signer, l'ORS Pays de la Loire s'est engagé à :

ne pas publier de données permettant l'identification directe ou indirecte d'un bénéficiaire,  
citer la source des données,  
respecter l'intégrité des données fournies.

L'ORS, l'URPS chirurgiens-dentistes libéraux des Pays de la Loire et l'UFSBD autorisent l'utilisation et la reproduction des résultats de cette étude sous réserve de la mention des sources et de ne pas poursuivre une des finalités interdites du SNDS, mentionnées à l'Art. L. 1461-1 de la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

ISBN 978-2-36088-054-6 - ISBN NET 978-2-36088-055-3

Crédit photo : Lucigerma / Shutterstock

Novembre 2019

# Sommaire

PRÉAMBULE.....	4
I. Recours global au cabinet dentaire .....	5
FAITS MARQUANTS .....	5
A. Situation actuelle en Pays de la Loire et en France	6
1. Taux de recours en 2017	6
2. Evolution du recours annuel entre 2006 et 2017	8
3. Fréquence du suivi bucco-dentaire entre 2016 et 2018	12
B. Situation actuelle dans les départements et Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire	14
1. Taux de recours en 2017	14
2. Fréquence du suivi entre 2016 et 2018	17
C. Recours selon les caractéristiques sociales des personnes	21
D. Recours selon les caractéristiques d'état de santé	25
1. Santé générale	25
2. Selon les pathologies	28
E. Modèles explicatifs du non recours au cabinet dentaire	32
1. Chez les personnes âgées de 55 à 74 ans	32
2. Chez les personnes âgées de 75 ans et plus	33
II. Recours annuel par type de prestations .....	35
FAITS MARQUANTS .....	35
A. Recours annuel au détartrage	36
B. Recours annuel à la radiologie	38
C. Recours annuel à la chirurgie	41
D. Recours annuel aux soins de reconstitution des dents	43
E. Recours annuel aux prothèses fixes	46
F. Recours annuel aux prothèses amovibles	48
III. Recours au cabinet dentaire à l'entrée en Ehpad .....	51
FAITS MARQUANTS .....	51
A. Situation actuelle en France et en Pays de la Loire	52
B. Selon les caractéristiques sociales et de santé des personnes	55
C. Modèle explicatif du recours au cabinet dentaire à l'entrée en Ehpad	56
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES.....	58
ANNEXES .....	59
A1. Données du Système national des données de santé	60
A1.1. Historique du SNDS	60
A1.2. Contenu du SNDS	60
A1.3. Accès de l'ORS Pays de la Loire aux données du SNDS	61
A2. Eléments de méthodologie	61
A2.1. Source des données	61
A2.2. Identification des bénéficiaires	61
A2.3. Méthode de calcul des taux de recours	62
A2.4. Analyses statistique	63
A3. Codes et algorithmes d'identification des prestations	64
A4. Liste des pathologies et traitements retenus pour l'analyse, issus de la cartographie des pathologies de la Cnam, version G5	69
A5. Etablissements Publics de Coopération Intercommunale, au 1 <sup>er</sup> janvier 2019	70

# PRÉAMBULE

Le partenariat avec l'Observatoire Régional de Santé (ORS) des Pays de la Loire s'est poursuivi en 2019, avec la réalisation de cette deuxième étude menée à partir du Système National des Données de Santé (SNDS). Pour ce second travail, nous avons choisi de nous intéresser au recours au cabinet dentaire des adultes de 55 ans et plus.

Ce choix n'est pas anodin : le vieillissement de la population n'est pas sans conséquence sur l'état bucco-dentaire des individus. Observer spécifiquement ce recours nous permet d'obtenir une photographie de la consommation de soins des aînés. L'enjeu est alors d'agir au plus près des populations les plus éloignées ou sur les territoires en difficulté.

Observer les "habitudes" de cette population nous permet également de faire le parallèle avec l'action Nutrition Bucco-dentaire Hygiène (NBH) portée par l'URPS. Débutée en 2013, cette action de prévention de la dénutrition propose à tous les nouveaux entrants en EHPAD de réaliser un examen bucco-dentaire. Le but est d'alors d'observer l'évolution du recours au chirurgien-dentiste parmi les résidents des EHPAD de la région.

A l'heure de la mise en place par le gouvernement de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), qui tend à améliorer la prise en charge des patients anciennement CMU-C et ACS, à l'avènement du Reste à Charge Zéro (RAC 0) qui doit éviter au patient un débours non pris en charge par l'Assurance Maladie sur un panier de soins élargi, notre étude tombe à pic pour servir de base à l'examen de l'efficacité de ces mesures.

Vous l'aurez compris, nous accordons une grande importance à l'état bucco-dentaire des personnes de 55 ans et plus. Tout l'intérêt de ce travail réside dans la récolte et l'analyse des données de santé de notre territoire pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation d'actions de santé publique pertinentes.



**Dr Sophie Darteville**  
Présidente de l'UFSBD



**Dr Dominique Brachet**  
Président de l'URPS

# I. Recours global au cabinet dentaire

## FAITS MARQUANTS

En Pays de la Loire, 47% des personnes âgées de 55 ans et plus ont eu au moins un recours à des soins bucco-dentaires en 2017, quel que soit le lieu de ce recours (cabinet de ville libéral, centre mutualiste ou centre de santé dentaire, consultation externe ou hospitalisation). Ce taux est supérieur à celui observé en France (43 %), mais nettement en deçà des recommandations qui préconisent, en plus d'un brossage biquotidien des dents, une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste (HAS, UFSBD). En outre, cette proportion décroît de façon continue à partir de 65 ans, et elle n'est plus que de 25 % à 90 ans.

Depuis 2006, le taux de recours annuel des Ligériens de 55 ans et plus est en augmentation constante. Cette progression est toutefois de moindre ampleur que celle de la moyenne nationale (+ 4 points *vs* + 7 points en France). De plus, contrairement au niveau national, le recours chez les 85 ans et plus n'a pas progressé depuis 2006 en Pays de la Loire. L'avantage régional dans ce domaine tend donc globalement à se réduire, et ce particulièrement au-delà de 85 ans.

Ce taux de recours annuel présente de grandes variations, selon les territoires, selon les caractéristiques démographiques et sociales des personnes, mais également selon leur état de santé.

Dans la région, le taux de recours annuel, à structure par âge comparable, varie de 42 % en Mayenne et en Sarthe, à 48 % en Maine-et-Loire et Vendée, et 49 % en Loire-Atlantique. Les situations sont également très contrastées selon les EPCI, avec un taux inférieur à 40 % dans de nombreuses EPCI de la Mayenne et de la Sarthe et alors qu'il dépasse 50 % dans plusieurs EPCI situées dans les trois autres départements de la région.

Par ailleurs, les femmes de la région âgées de 55 ans et plus ont plus souvent recours aux soins dentaires que les hommes : 49 % d'entre elles ont eu au moins un recours en 2017, contre 45 % des hommes.

Les écarts sont également très marqués selon le type de régime d'assurance maladie obligatoire, avec des taux standardisés selon l'âge qui atteignent 56% chez les bénéficiaires des sections locales mutualistes *vs* 47 % chez ceux affiliés au régime général et 42 % à la mutualité sociale agricole. Les analyses mettent en évidence un gradient social de recours annuel au cabinet dentaire, avec pour les personnes résidant dans les communes les plus favorisées (selon l'indice de défavorisation sociale Fdep2013), un taux de recours annuel qui dépasse de 13 points le taux observé dans les territoires les plus défavorisés (53 % *vs* 40 %). L'écart atteint aussi près de 10 points entre les personnes bénéficiant de la CMU complémentaire ou de l'Aide à la complémentaire santé (ACS), et celles qui n'en bénéficient pas (38% *vs* 47%).

Enfin les taux annuels de recours au cabinet dentaire apparaissent moins élevés chez les personnes de 55 ans et plus prises en charge par l'assurance-maladie pour une affection de longue durée (44 % *vs* 49 %). L'analyse détaillée par type de pathologies montre des disparités de recours au cabinet dentaire d'une pathologie à l'autre. L'écart est particulièrement marqué pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, notamment démences et Parkinson (taux de recours brut national de 25 %), d'un diabète insulino-traité (32 %), les personnes traitées par neuroleptiques (35 %), en insuffisance rénale chronique terminale (35 %) ou atteintes de maladies neurologiques ou psychiatriques (38 %). Plus globalement, les patients atteints de pathologies chroniques recourent de façon très insuffisante au cabinet dentaire, en dépit des liens aujourd'hui bien établis entre de nombreuses affections et la santé bucco-dentaire. Dans ce contexte, l'UFSBD recommande d'inclure la santé bucco-dentaire en prévention tertiaire, dans la conception des parcours de santé, de la prévention à l'éducation thérapeutique et l'accompagnement, en passant bien entendu par la prise en charge.

L'analyse du recours au cabinet dentaire entre 2016 et 2018 montre que 25% des Ligériens âgés de 55 à 70 ans n'ont eu aucun recours sur cette période de trois ans. Cette proportion dépasse 50% au-delà de 90 ans. Parmi les personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu recours au cabinet dentaire sur ces trois années, la grande majorité a eu au moins un soin curatif et seulement 13 % uniquement un recours de nature préventive durant cette période.

Les principaux facteurs associés au non-recours au cabinet dentaire au moins trois années consécutives sont, entre 55 et 74 ans, le genre et le niveau social. La probabilité de non-recours est en effet augmentée chez les hommes et les personnes en situation sociale défavorable (bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, personnes vivant dans une commune défavorisée), une fois pris en compte les autres facteurs explicatifs potentiels disponibles. Au-delà de 75 ans, l'âge et le fait de résider en Ehpad deviennent les principaux facteurs explicatifs. En outre, quel que soit l'âge, l'état de santé apparaît moins fortement associé au non recours au cabinet dentaire que les caractéristiques sociales.

## A. Situation actuelle en Pays de la Loire et en France

### 1. Taux de recours en 2017

Dans ce chapitre, les données analysées sont issues du DCIR, Datamart des consommations inter-régimes, qui comprend les prestations remboursées de la quasi-exhaustivité des bénéficiaires de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le taux de recours annuel au cabinet dentaire est calculé sur la période allant du 01 janvier 2017 au 31 décembre 2017. Les recours pris en compte sont ceux effectués en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé, ainsi que les hospitalisations pour soins dentaires. Les bilans bucco-dentaires effectués en centre d'examen de santé (CES) dans le cadre de l'examen périodique de santé proposé gratuitement par la CPAM et la MSA ne sont pas pris en compte.

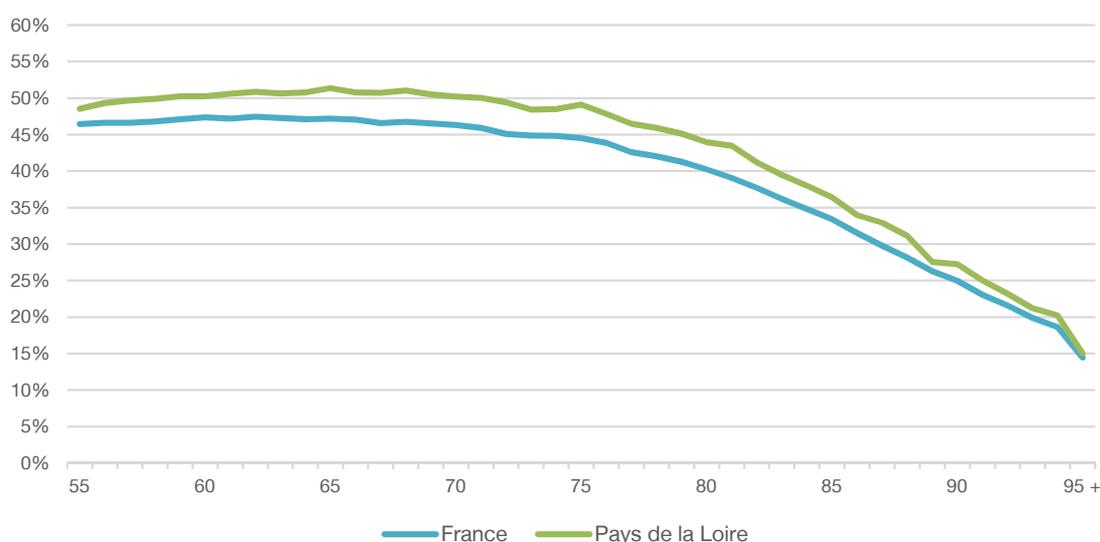
#### Un taux de recours aux soins bucco-dentaires qui décroît nettement à partir de 75 ans

46,7 % des Ligériens âgés de 55 ans et plus ont eu au moins un recours à des soins bucco-dentaires en 2017, quel que soit le lieu de ce recours : cabinet de ville libéral, centre de santé ou centre mutualiste, consultation externe hospitalière ou hospitalisation.

Cette proportion, inférieure à 50 % chez les personnes âgées de 55 ans augmente légèrement jusqu'à 65 ans où elle est maximale (51,4 %). Ensuite, elle décroît de façon continue avec l'âge, et notamment à partir de 75 ans puisqu'elle avoisine 45 % à 75 ans, 40 % à 80 ans, 35 % à 85 ans et 25 % à 90 ans.

La Haute autorité de santé (HAS) et l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) recommandent, à tout âge, en plus d'un brossage biquotidien des dents, une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste. Les taux de recours sont donc nettement en deçà des recommandations.

**Fig1. Taux de recours annuel au cabinet dentaire selon l'âge, chez les personnes âgées de 55 ans et plus**  
France, Pays de la Loire (2017)



Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires, toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladies.

Lecture : le taux de recours annuel au cabinet dentaire atteint 51,4 % chez les personnes de 65 ans résidant en Pays de la Loire ; il diminue fortement à partir de 75 ans.

## Un taux de recours des Ligériens supérieur à tout âge à la moyenne nationale

En France, le taux de recours suit la même tendance évolutive avec l'âge, mais il reste constamment inférieur à celui observé dans les Pays de la Loire (Fig1).

L'écart région-France apparaît toutefois un peu plus marqué entre 65 et 84 ans (plus de 4 points) qu'entre 55 et 64 ans (3,4 points) et au-delà de 85 ans (2 points).

De façon globale, le taux de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017 est, au plan national, de 43,2 % versus 46,7 % dans les Pays de la Loire. Cet écart persiste et tend même à s'amplifier si l'on considère les taux standardisés sur l'âge, qui permettent de gommer les effets d'éventuelles différences de structure par âge entre la population des Pays de la Loire et celle de la France (Fig2).

**Fig2. Effectif et proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017 selon l'âge**

France, Pays de la Loire (2017)

	France		Pays de la Loire	
	N	%	N	%
55-64 ans	4 031 050	46,9%	238 281	50,3%
65-74 ans	3 300 139	46,2%	206 264	50,5%
75-84 ans	1 681 301	40,4%	106 061	44,5%
85 ans et plus	644 803	26,1%	42 083	28,3%
55 ans et plus	taux bruts		43,2%	
	taux standardisés <sup>1</sup>		43,3%	
		9 657 293	592 689	46,7%
				47,1%

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires, toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en 2017, 592 689 personnes âgées de 55 ans et plus, résidant en Pays de la Loire, ont eu au moins un recours au cabinet dentaire. A structure par âge comparable, le taux de recours en Pays de la Loire est supérieur au taux national (47,1 % versus 43,3 %).

## Un taux de recours plus élevé chez les femmes que chez les hommes, sauf au-delà de 85 ans

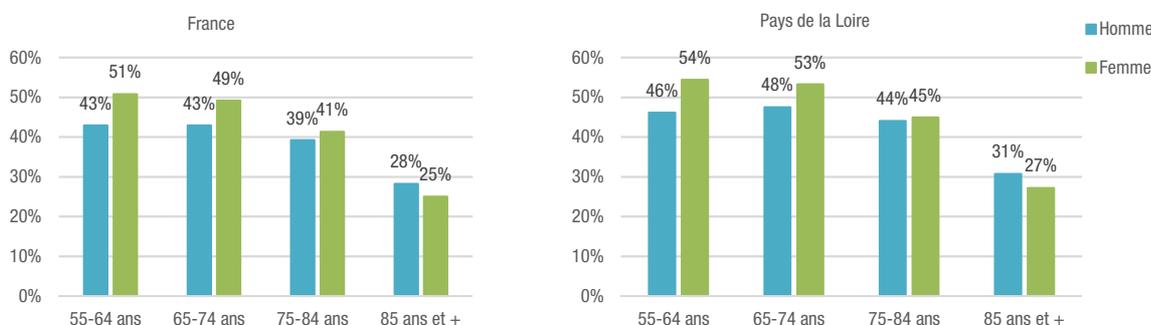
Le taux de recours au cabinet dentaire des personnes âgées de 55 ans et plus est supérieur chez les femmes de la région (48 vs 45 % chez les hommes si l'on considère les taux bruts, 49 et 45 % si l'on considère les taux standardisés sur l'âge).

Ce recours plus fréquent des femmes s'observe dans les différentes classes d'âge étudiées entre 55 et 84 ans. Mais au-delà de 85 ans, la situation est inverse, avec un recours plus important chez les hommes. Ces deux constats sont retrouvés au niveau national (Fig3).

Par rapport à la moyenne nationale, les taux standardisés de recours des 55 ans et plus sont plus élevés (+ 4 points) chez les hommes de la région (45 vs 41 % en France) comme chez les femmes (50 vs 46 %). Cette différence se retrouve dans toutes les classes d'âge (Fig3).

**Fig3. Proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017 selon le genre**  
France, Pays de la Loire (2017)

	France			Pays de la Loire		
	N	proportion brute	proportion standardisée <sup>1</sup>	N	proportion brute	proportion standardisée <sup>1</sup>
<b>Homme</b>	4 182 416	41,1%	40,7%	258 050	44,9%	44,6%
<b>Femme</b>	5 474 877	44,9%	45,9%	334 639	48,2%	49,5%



<sup>1</sup> proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires, toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en 2017, la proportion de femmes de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire au cours de l'année est supérieure à celle des hommes en Pays de la Loire (49,5 % versus 44,6 %) comme en France (45,9 % versus 40,7 %).

## 2. Evolution du recours annuel entre 2006 et 2017

Dans ce paragraphe, les données sont issues de l'EGB, échantillon généraliste des bénéficiaires, qui inclut un bénéficiaire sur 97. Ces données, disponibles depuis 2006 pour le régime général d'assurance-maladie, permettent d'analyser l'évolution de ces taux de recours sur la dernière décennie pour ces bénéficiaires qui représentent près de 80 % de l'ensemble des bénéficiaires.

Les recours pris en compte sont ceux effectués, depuis 2006, en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé, ainsi que les hospitalisations pour soins dentaires en établissement privé. Les prestations dentaires réalisées en consultations externes et les hospitalisations pour soins dentaires à l'hôpital public ne sont comptabilisées que depuis 2009. Les bilans bucco-dentaires effectués en centre d'examen de santé (CES) dans le cadre de l'examen périodique de santé proposé gratuitement par la CPAM et la MSA à leurs bénéficiaires âgés de 60 à 75 ans ne sont pas pris en compte.

### Un taux de recours des plus de 55 ans affiliés au régime général qui a progressé entre 2006 et 2017, légèrement dans la région et plus fortement au niveau national

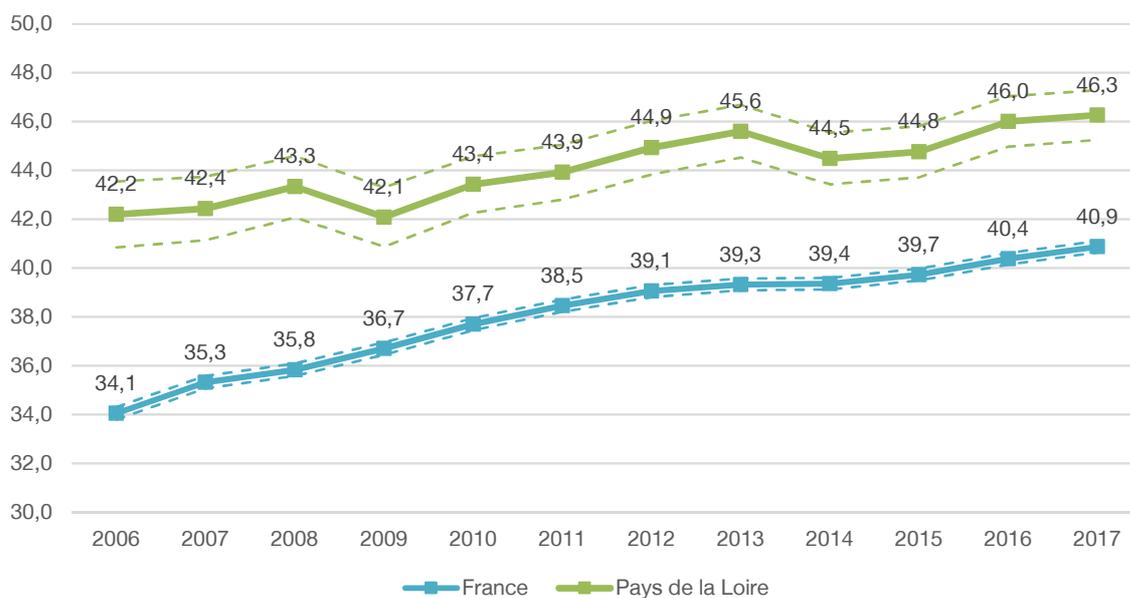
En 2006, 42,2 % [40,8 % ; 43,5 %]<sup>1</sup> des Ligériens âgés d'au moins 55 ans, couverts par le régime général, avaient eu un recours au chirurgien-dentiste dans l'année. Au niveau national, cette proportion était sensiblement inférieure (34,1 % [33,8 % ; 34,3 %]). Douze ans plus tard, l'écart s'est réduit, du fait d'une progression du taux de recours plus forte au niveau national (environ 7 points) qu'en Pays de la Loire (environ 4 points) (Fig4)<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Intervalle de confiance lié au fait que les données sont issues d'un échantillon, constitué par tirage aléatoire simple d'un bénéficiaire sur 97, cf. annexe A2.3

<sup>2</sup> Ces résultats sont cohérents avec ceux des Baromètres de Santé publique France 2010 et 2014, qui montrent également une hausse du recours annuel déclaré au chirurgien-dentiste. En 2014 en effet, 63,7 % des 15-75 ans déclaraient avoir consulté un chirurgien-dentiste au moins une fois au cours des douze derniers mois, alors qu'ils n'étaient que 56,2 % dans ce cas en 2010 [1]

**Fig4. Evolution de la proportion de personnes affiliées au régime général âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours annuel au chirurgien-dentiste, entre 2006 et 2017**

France, Pays de la Loire (2006 - 2017)



	2006		2017		2006 - 2017
	Taux (%)	Intervalle de confiance (IC 95%)	Taux (%)	Intervalle de confiance (IC 95%)	Evolution
<b>France</b>	34,1	[33,8 ; 34,3]	40,9	[40,6 ; 41,1]	+ 6,8 [+ 6,3 ; + 7,3]
<b>Pays de la Loire</b>	42,2	[40,8 ; 43,5]	46,3	[45,2 ; 47,3]	+ 4,1 [+ 1,7 ; +6,5]

Sources : SNDS-EGB - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au chirurgien-dentiste en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes depuis 2006 et en consultations externes à partir de 2009) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires en établissement privé depuis 2006 et en établissement public depuis 2009. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31 décembre de chaque année, régime général.

Lecture : En Pays de la Loire, le taux de recours annuel au chirurgien-dentiste a progressé légèrement entre 2006 et 2017, passant de 42,2 % (entre 40,8 % et 43,5 %) en 2006 à 46,3 % (entre 45,2 % et 47,3 %) en 2017

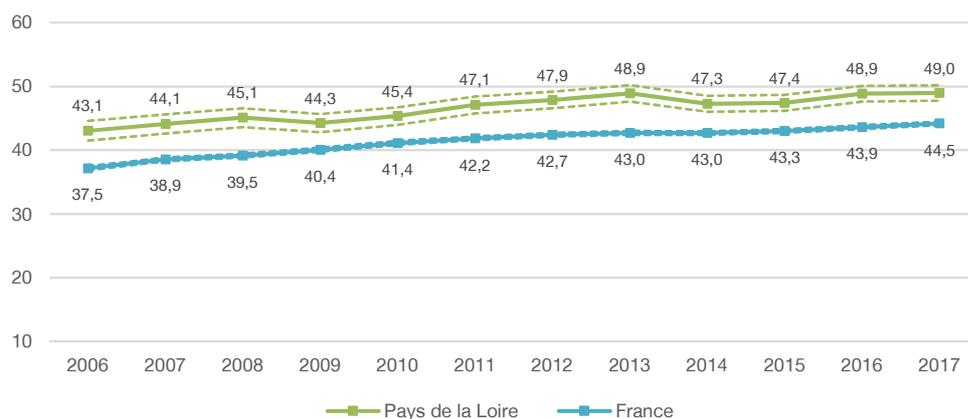
### Un taux de recours au chirurgien-dentiste en augmentation au plan national pour les 3 classes d'âge, mais qui n'a pas progressé dans la région chez les 85 ans et plus

Au plan national, la progression entre 2006 et 2017 du taux de recours au chirurgien-dentiste des personnes âgées de 55 ans et plus couvertes par le régime général d'assurance-maladie a été du même ordre de grandeur dans les 3 classes d'âge étudiées : + 7,0 points chez les 55-74 ans ; + 8 points chez les 75-84 ans et + 7 points chez les 85 ans et plus.

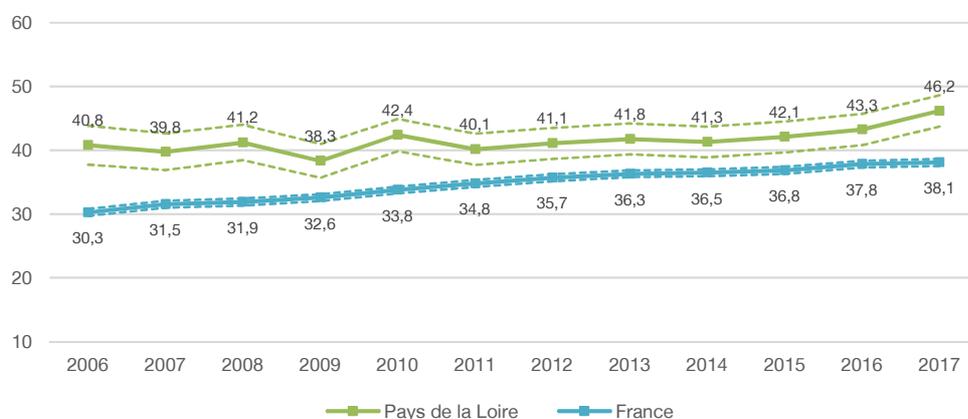
La situation est différente en région avec une augmentation sensible chez les 55-74 ans (+5,9 points), et chez les 75-84 ans (+5,4) alors que chez les 85 ans et plus, les taux fluctuent entre 26 % et 32 % selon les années sans hausse globale. Le taux de recours des Ligériens de cette dernière classe d'âge reste toutefois légèrement supérieur à la moyenne nationale (Fig5a et b).

**Fig5a. Evolution de la proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours annuel au chirurgien-dentiste en ville, entre 2006 et 2017, selon les classes d'âge**  
France, Pays de la Loire (2006 - 2017)

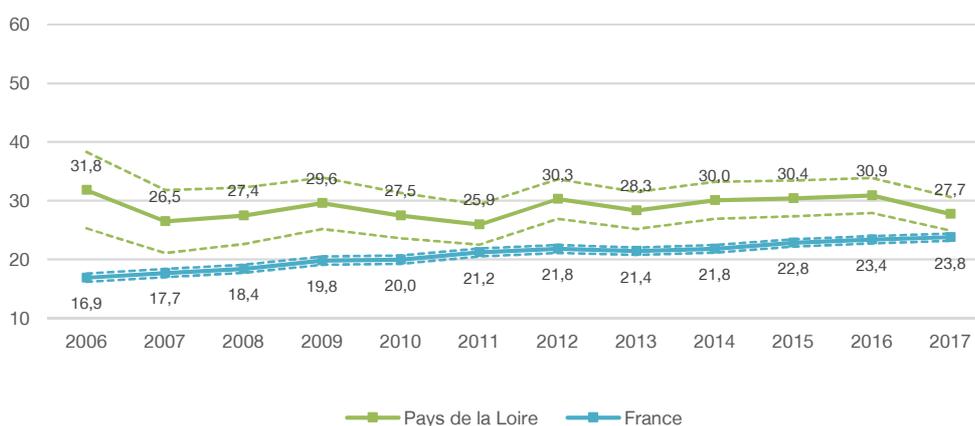
**Personnes de 55 à 74 ans**



**Personnes de 75 à 84 ans**



**Personnes de 85 ans et plus**



Sources : SNDS-EGB - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au chirurgien-dentiste en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes depuis 2006 et en consultations externes à partir de 2009) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires en établissement privé depuis 2006 et en établissement public depuis 2009. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31 décembre de chaque année, régime général.

Lecture : Le taux de recours annuel au chirurgien-dentiste a augmenté entre 2006 et 2017 chez les personnes de 55 à 74 ans, en Pays de la Loire comme au niveau national, passant respectivement de 43,1 à 49 % et de 37,5 à 44,5 %.

**Fig5b. Evolution de la proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours annuel au chirurgien-dentiste en ville, entre 2006 et 2017, selon les classes d'âge**

France, Pays de la Loire (2006 - 2017)

Classes d'âge	France					Pays de la Loire				
	2006		2017		2006-2017	2006		2017		2006-2017
	Taux (%)	Intervalle de confiance (IC 95%)	Taux (%)	Intervalle de confiance (IC 95%)	Évolution	Taux (%)	Intervalle de confiance (IC 95%)	Taux (%)	Intervalle de confiance (IC 95%)	Évolution
<b>55 à 74</b>	37,2	[36,9 ; 37,5]	44,2	[43,9 ; 44,5]	+7,0 [6,4 ; 7]	43,1	[41,5 ; 44,6]	49,0	[47,8 ; 50,2]	+ 5,9 [3,2 ; 8,7]
<b>75 à 84</b>	30,3	[29,7 ; 30,8]	38,1	[37,5 ; 38,6]	+7,8 [6,7 ; 8,9]	40,8	[37,8 ; 43,9]	46,2	[43,7 ; 48,6]	+ 5,4 [-0,2 ; 10,8]
<b>85 et +</b>	16,9	[16,2 ; 17,6]	23,8	[23,2 ; 24,4]	+6,9 [5,6 ; 8,2]	31,8	[25,3 ; 38,3]	27,7	[24,9 ; 30,6]	-4,1 [-13,4 ; 5,3]

Sources : SNDS-EGB - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au chirurgien-dentiste en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes depuis 2006 et en consultations externes à partir de 2009) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires en établissement privé depuis 2006 et en établissement public depuis 2009. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31 décembre de chaque année, régime général.

Lecture : En 2006, le taux de recours au chirurgien-dentiste, chez les Ligériens âgés de 55 à 74 ans et plus, était compris entre 41,5 % et 44,6 %.

### Des taux de recours qui progressent de manière analogue chez les hommes et chez les femmes.

Dans la région comme en France, la progression entre 2006 et 2017 du taux de recours aux soins dentaires des personnes âgées de 55 ans et plus couvertes par le régime général d'assurance-maladie a concerné les hommes comme les femmes.

L'augmentation est plus marquée au niveau national qu'en Pays de la Loire, chez les hommes (+6,6 % vs +4,9 %) comme chez les femmes (+7,0 % vs +3,6 %) (Fig6).

**Fig6. Evolution de la proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours annuel au chirurgien-dentiste en ville, entre 2006 et 2017, selon le genre**

France, Pays de la Loire (2006 - 2017)

	France			Pays de la Loire		
	2006	2017	2006-2017	2006	2017	2006-2017
	Taux (%)	Intervalle de confiance (IC 95%)	Évolution	Taux (%)	Intervalle de confiance (IC 95%)	Évolution
<b>Homme</b>	31,6	[31,2 ; 32,0]	+ 6,6 [5,9 ; 7,3]	40,1	[38,0 ; 42,2]	+ 4,9 [1,2 ; 8,5]
<b>Femme</b>	36,0	[35,6 ; 36,3]	+ 7,0 [6,4 ; 7,7]	43,7	[41,9 ; 45,4]	+ 3,6 [0,5 ; 6,7]

Sources : SNDS-EGB - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au chirurgien-dentiste en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes depuis 2006 et en consultations externes à partir de 2009) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires en établissement privé depuis 2006 et en établissement public depuis 2009. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31 décembre de chaque année, régime général.

Lecture : En Pays de la Loire, le taux de recours au chirurgien-dentiste chez les hommes est passé de 40,1% [entre 38,0 % et 42,2 %.] en 2006 à 45 % [entre 43,4 % et 46,5 %] en 2017, soit une augmentation comprise entre 1,2 et 8,5 points.

### 3. Fréquence du suivi bucco-dentaire entre 2016 et 2018

Dans ce paragraphe, les données sont issues du DCIR, Datamart des consommations inter-régimes, qui comprend les prestations remboursées de la quasi-exhaustivité des bénéficiaires de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire.

La fréquence du suivi bucco-dentaire est mesurée par le nombre de recours au cabinet dentaire effectués sur la période de trois années consécutives allant du 01 janvier 2016 au 31 décembre 2018. Les recours pris en compte sont ceux effectués en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé. Les bilans bucco-dentaires effectués en centre d'examen de santé (CES) dans le cadre de l'examen périodique de santé proposé gratuitement par la CPAM et la MSA à leurs bénéficiaires âgés de 60 à 75 ans ne sont pas pris en compte dans cet indicateur. Parmi les personnes ayant eu au moins un recours au cours de cette période, on distingue celles qui ont eu au moins un soin curatif, parmi les soins de reconstitution des dents, la chirurgie ou la pose ou réparation de prothèses, de celles qui n'ont eu que des recours préventifs (consultations, détartrages ou actes de radiologie).

L'indicateur de fréquence du suivi sur 3 années consécutives est donc constitué de 3 modalités : 1-avoir eu au moins un soin curatif, 2-avoir eu uniquement des recours préventifs et 3- n'avoir eu aucun recours au cabinet dentaire (ni préventif, ni curatif).

#### **La proportion de personnes n'ayant eu aucun recours au cabinet dentaire entre 2016 et 2018 atteint 25 % chez les 55 – 70 ans et dépasse 50 % à partir de 90 ans**

En Pays de la Loire, 28,6 % des personnes de 55 ans et plus n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire entre 2016 et 2018 (Fig7a). Cette proportion est stable autour de 25 % dans la population âgée de 55 à 70 ans. Au-delà, elle augmente progressivement pour dépasser les 50 % à partir de 90 ans. En France, les taux de non recours sur cette période de trois ans sont plus élevés à tous les âges (Fig7b).

#### **Plus de la moitié des personnes de 55 à 85 ans a eu au moins un soin curatif entre 2016 et 2018**

La part des personnes ayant eu au moins un soin curatif ou une pose de prothèse au cours de ces 3 années est stable autour de 60 % entre 55 et 74 ans, puis diminue progressivement pour n'être que de 42 % chez les plus de 85 ans. Une évolution similaire est trouvée au niveau national (Fig7a et 7b).

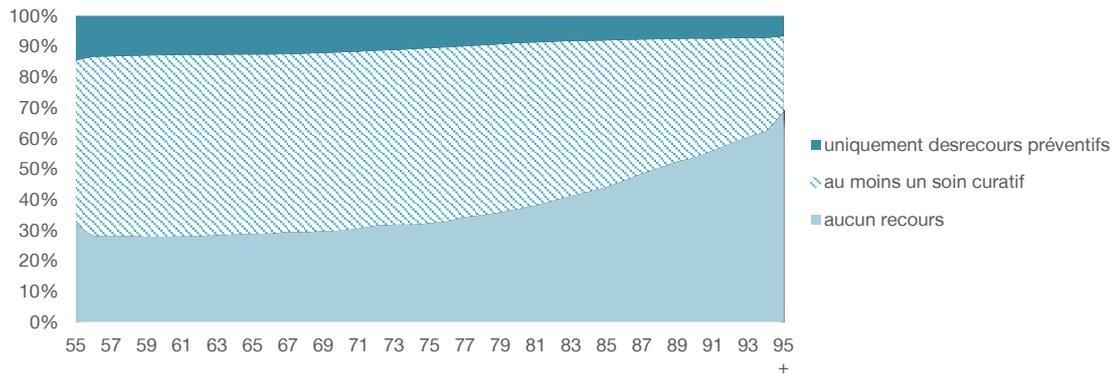
#### **Une très faible proportion des plus de 55 ans n'ont eu que des recours préventifs sur cette période**

Seulement 13 % des Ligériens de 55 ans et plus ont eu uniquement des recours préventifs, c'est-à-dire des consultations, des détartrages et/ou des actes de radiologie dentaires au cours des 3 années 2016 à 2018 ; cette proportion diminue avec l'âge ; elle est de 16 % à 55 ans et passe sous les 10 % au-delà de 80 ans Fig7a et 7b. Le même constat est fait au niveau national, avec des taux encore plus faibles.

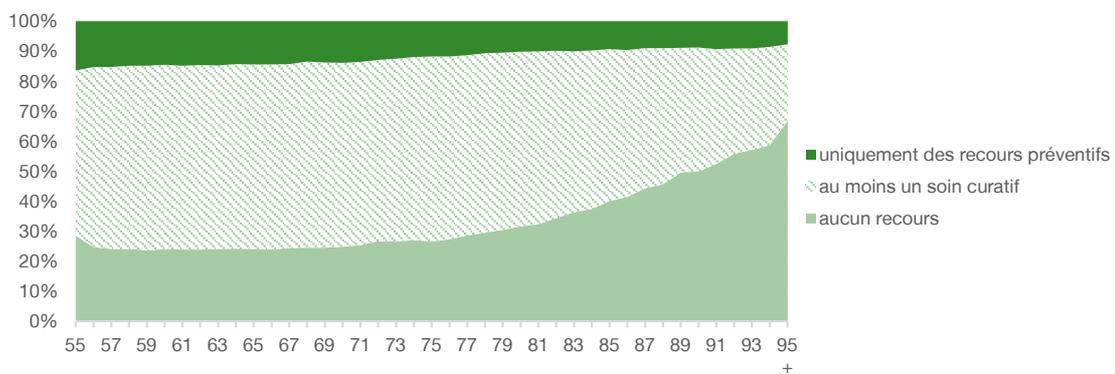
#### **Pour les soins curatifs comme pour les soins préventifs, des recours plus fréquents chez les Ligériens de toutes les classes d'âges**

Globalement, le recours bucco-dentaire au cours de 3 années consécutives est plus fréquent en Pays de la Loire qu'au niveau national, puisqu'il concerne 70 % des Ligériens de 55 ans et plus contre 66,5 % au niveau national. Les écarts s'observent dans toutes les classes d'âge, pour les soins curatifs comme pour les recours préventifs mais sont plus marqués avant 85 ans (Fig7a).

**Fig7a. Proportion de personnes de 55 ans et plus selon la fréquence de leur recours sur une période de trois années consécutives, selon l'âge**  
France, (2016-2018)



Pays de la Loire, (2016-2018)



Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018. Exhaustivité des Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes.

Lecture : en France et en Pays de la Loire, la proportion de personnes de 55 ans et plus ayant eu au moins un soin dentaire au cours de trois années consécutives est stable jusque vers 75 ans et décroît au-delà alors que la part des personnes n'ayant eu aucun recours au cours de ces trois années augmente fortement à partir de cet âge.

**Fig7b. Proportion de personnes de 55 ans et plus selon la fréquence de leur recours sur une période de trois années consécutives, selon l'âge**  
France, Pays de la Loire (2016-2018)

		France				Pays de la Loire			
		55-74 ans	75 à 84 ans	85 ans et+	ensemble	55-74 ans	75 à 84 ans	85 ans et+	ensemble
Aucun recours	N	4 545 687	1 475 525	1 164 190	7 185 402	216 645	72 362	65 384	354 391
	% brut % stand <sup>1</sup>	29,1	36,5	52,6	32,9 33,5	24,8	31,3	49,1	28,6 29,1
Au moins un soin curatif	N	9 073 579	2 185 747	881 045	12 140 000	532 230	134 481	55 788	722 499
	% brut % stand <sup>1</sup>	58,2	54,1	39,8	55,6 55,0	60,9	58,2	41,9	58,3 57,9
Uniquement des recours préventifs	N	1 979 938	377 615	168 550	2 526 103	125 226	24 441	11 897	161 564
	% brut % stand <sup>1</sup>	12,7	9,4	7,6	11,6 11,5	14,3	10,6	8,9	13,1 13,0
Total	N	15 599 204	4 038 887	2 213 785	21 851 505	874 101	231 284	133 069	1 238 454
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

<sup>1</sup> proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018. Exhaustivité des Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes.

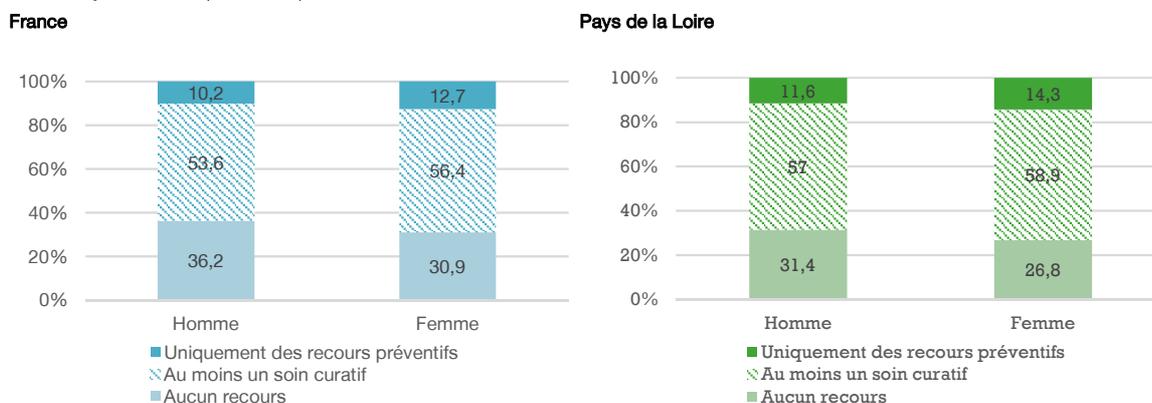
Lecture : en France, la proportion de personnes de 55 ans et plus n'ayant eu que des recours préventifs (consultation / visite, détartrage, radiologie) au cours de ces trois années est de 11,6 % ; elle diminue lorsque l'âge augmente, passant de 12,7 % des 55-74 ans à 7,6 % des personnes de 85 ans et plus.

## Des soins dentaires moins réguliers chez les hommes

En Pays de la Loire, 31,4 % des hommes de 55 ans et plus n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire au cours des 3 années ; cette proportion est de 26,8 % chez les femmes. Ce moindre recours se constate également au niveau national (36,2 % vs 30,9 % des femmes) (Fig8).

**Fig8. Proportion standardisée<sup>1</sup> de personnes de 55 ans et plus selon la fréquence de leur recours sur une période de trois années consécutives, selon le genre**

France, Pays de la Loire (2016-2018)



<sup>1</sup> Proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âges 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018. Exhaustivité des Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes

Lecture : En Pays de la Loire, 26,8% des femmes âgées de 55 ans et plus n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire en 3 ans ; cette proportion s'élève à 31,4% chez les hommes

## B. Situation actuelle dans les départements et Etablissements publics de coopération intercommunale (EPCI) des Pays de la Loire

### 1. Taux de recours en 2017

Les données analysées dans ce chapitre sont issues du DCIR, Datamart des consommations inter-régimes, qui comprend les prestations remboursées de la quasi-exhaustivité des bénéficiaires de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le taux de recours annuel au cabinet dentaire est calculé sur la période allant du 01 janvier 2017 au 31 décembre 2017. Les recours pris en compte sont ceux effectués en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé, ainsi que les hospitalisations pour soins dentaires. Les bilans bucco-dentaires effectués en centre d'examen de santé (CES) dans le cadre de l'examen périodique de santé proposé gratuitement par la CPAM et la MSA ne sont pas pris en compte dans ces résultats.

### Des recours moins fréquents en Mayenne et en Sarthe

Les taux de recours aux soins bucco-dentaires des personnes âgées de 55 ans et plus varient fortement selon les départements. Ainsi les taux de recours standardisés, qui permettent de gommer les effets liés aux différences de structure par âge des populations départementales, varient de 42 % en Mayenne et en Sarthe, à 48 % en Maine-et-Loire et Vendée, et 49 % en Loire-Atlantique (Fig9).

**Fig9. Proportion<sup>1</sup> de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017, par départements des Pays de la Loire et par classes d'âge**

Départements des Pays de la Loire (2017)

	Loire-Atlantique		Maine-et-Loire		Mayenne		Sarthe		Vendée		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
55-64 ans	88 281	52,5%	50 709	50,6%	18 391	46,7%	33 918	46,0%	46 982	51,3%	
65-74 ans	74 472	52,9%	42 561	51,4%	14 777	44,6%	28 629	45,6%	45 825	51,8%	
75-84 ans	37 227	47,6%	22 752	45,8%	7 758	36,5%	15 019	38,8%	23 305	46,2%	
85 ans et plus	15 139	31,9%	9 533	29,4%	3 190	22,1%	5 618	22,6%	8 603	29,2%	
55 ans et plus	taux bruts	215 119	49,5%	125 555	47,3%	44 116	40,8%	83 184	41,6%	124 715	48,0%
	taux standardisés <sup>1</sup>		49,6%		47,8%		41,6%		42,1%		48,3%

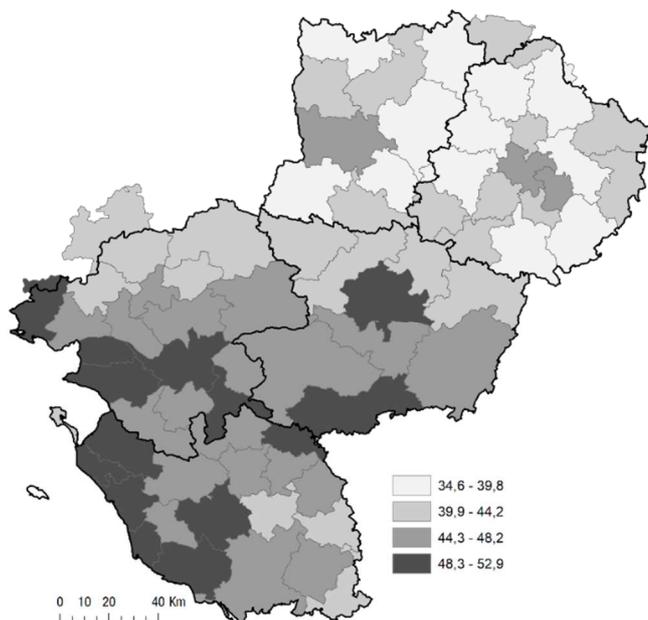
<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires, toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en 2017, 123 938 personnes âgées de 55 ans et plus, résidant en Vendée, ont eu au moins un recours au cabinet dentaire. A structure par âge comparable, le taux de recours en Vendée est supérieur au taux national (48,0 % versus 43,4 %).

Au sein des départements, les taux par EPCI varient de 35 % à 53 %. 11 EPCI, tous situés en Mayenne et en Sarthe ont des taux inférieurs à 40 %. A contrario, dans ces deux départements, aucun EPCI ne présente un taux supérieur à 48 %. Dans les trois autres départements, les taux les plus élevés se trouvent dans les EPCI des grandes agglomérations (Nantes, Angers, Cholet et La Roche-sur-Yon) ainsi que dans les EPCI du littoral, cf. Annexe A5 (Fig10a et 10b).

**Fig10a. Proportion<sup>1</sup> de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017, par EPCI des Pays de la Loire**<sup>1</sup> proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires, toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

**Fig10b. Proportion<sup>1</sup> de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017, par EPCI des Pays de la Loire**

EPCI	Taux brut	Taux stand <sup>1</sup>	EPCI	Taux brut	Taux stand <sup>1</sup>
CA Les Sables d'Olonne Agglomération	52,5%	52,9%	CC de l'île de Noirmoutier	44,1%	44,2%
CA de la Presqu'île de Guérande Atlantique (CAP ATLANTIQUE)	52,1%	52,3%	CC Anjou Loir et Sarthe	43,6%	44,1%
Nantes Métropole	51,8%	52,0%	CC du Pays de Pontchâteau-St-Gildas-des-Bois	44,0%	44,0%
CA La Roche sur Yon - Agglomération	51,4%	51,4%	CC du Val de Sarthe	43,9%	43,5%
CA Agglomération du Choletais	50,7%	50,9%	CC du Pays de l'Huisne Sarthoise	42,5%	43,5%
CC du Pays de St Gilles-Croix-de-Vie	50,2%	50,4%	CC des Vallées du Haut-Anjou	43,0%	43,5%
CA Clisson Sèvre et Maine Agglo	50,2%	50,2%	CC Maine Coeur de Sarthe	43,8%	43,4%
CA Pornic Agglo Pays de Retz	50,1%	50,1%	CC de l'Ernée	41,2%	42,8%
CU Angers Loire Métropole	49,6%	49,9%	CC des Vallées de la Braye et de l'Anille	41,7%	42,8%
CC du Sud Estuaire	49,7%	49,9%	CU d'Alençon	42,0%	42,4%
CC du Pays de Mortagne	49,3%	49,7%	CC Anjou Bleu Communauté	41,4%	42,4%
CC Challans-Gois Communauté	48,8%	49,1%	CA Redon Agglomération	41,7%	41,9%
CC Océan Marais de Monts	48,5%	49,0%	CC Orée de Bercé - Belinois	42,1%	41,7%
CC Vendée Grand Littoral	48,9%	49,0%	CC Vendée, Sèvre, Autise	40,7%	41,7%
CC Loire Layon Aubance	48,1%	48,2%	CC de Sablé-sur-Sarthe	40,8%	41,6%
CC d'Erdre et Gesvres	49,0%	48,2%	CC Mayenne Communauté	40,6%	41,2%
CC de Grand Lieu	48,4%	48,1%	CC du Pays de la Châtaigneraie	40,7%	41,1%
CC du Pays des Herbiers	47,9%	47,9%	CC Baugeois Vallée	39,9%	40,8%
CA de la Région Nazairienne et de l'Estuaire (CARENE)	47,7%	47,9%	CC Châteaubriant-Derval	40,3%	40,7%
CC du Pays d'Ancenis	47,7%	47,8%	CC Pays de Chantonay	40,5%	40,6%
CC de Vie et Boulogne	48,0%	47,6%	CC de Nozay	40,8%	40,6%
CC du Pays de Pouzauges	46,4%	46,9%	CC du Pays Fléchois	39,9%	40,4%
CC Terres de Montaigu, CC Montaigu-Rocheservière	46,6%	46,6%	CC du Pays de Château-Gontier	39,5%	40,3%
CC du Pays de Saint-Fulgent - Les Essarts	46,1%	46,5%	CC du Pays de Meslay-Grez	39,1%	39,8%
CC Sud Vendée Littoral	45,8%	46,4%	CC Le Gesnois Bilurien	39,3%	39,6%
CA Mauges Communauté	45,8%	46,4%	CC Loir-Lucé-Bercé	37,7%	39,1%
CA Saumur Val de Loire	45,7%	46,3%	CC du Bocage Mayennais	36,6%	38,8%
CC du Pays des Achardeux	45,6%	45,7%	CC Sud Sarthe	37,8%	38,8%
CA Laval Agglomération	45,4%	45,7%	CC du Pays de Craon	37,4%	38,7%
CC du Sud Est du Pays Manceau	45,8%	45,5%	CC de la Champagne Conlinoise et du Pays de Sillé	37,1%	38,0%
CC de la Région de Blain	45,1%	45,3%	CC des Coëvrons	36,7%	37,9%
CC Sud Retz Atlantique	45,0%	45,3%	CC Haute Sarthe Alpes Mancelles	36,9%	37,6%
CC Estuaire et Sillon	45,4%	45,0%	CC Maine Saosnois	35,2%	36,1%
CU Le Mans Métropole	44,4%	45,0%	CC Loué - Brûlon - Noyen	34,4%	35,1%
CC Sèvre et Loire	44,9%	44,6%	CC du Mont des Avaloirs	33,6%	34,6%
CC du Pays de Fontenay-Vendée	44,1%	44,5%	<b>Ensemble des EPCI</b>	<b>46,6%</b>	<b>46,9%</b>

<sup>1</sup> proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires, toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en 2017, les proportions de personnes de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire dans l'année variaient de 52,9 % dans l'EPCI des Sables d'Olonne Agglomération à 34,6 % dans la CC du Mont des Avaloirs. Ces proportions sont données standardisées selon l'âge.

## 2. Fréquence du suivi entre 2016 et 2018

Dans ce chapitre, la fréquence du suivi bucco-dentaire est mesurée par le nombre de recours au cabinet dentaire effectué sur la période de trois années consécutives allant du 01 janvier 2016 au 31 décembre 2018. Les recours pris en compte sont ceux effectués en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé.

Parmi les personnes ayant eu au moins un recours au cours de cette période, on distingue celles qui ont eu au moins un soin curatif, parmi les soins de reconstitution des dents, la chirurgie ou les poses de prothèse de celles qui n'ont eu que des recours préventifs (parmi les consultations, détartrages ou actes de radiologie).

L'indicateur de fréquence du suivi sur 3 années consécutives est constitué de 3 modalités :

1- avoir eu au moins un soin curatif, 2- avoir eu uniquement des recours préventifs et 3- n'avoir eu aucun recours au cabinet dentaire (ni soin curatif, ni recours préventif).

### Un non recours entre 2016 et 2018 plus important en Sarthe et en Mayenne

Dans la région, les départements de la Sarthe et de la Mayenne se distinguent par des proportions plus élevées de personnes de 55 ans et plus n'ayant eu aucun recours au cabinet dentaire au cours des 3 dernières années, comparé aux 3 autres départements (34 % en Sarthe et en Mayenne versus respectivement 27, 27 et 29 % en Loire-Atlantique, Vendée et Maine-et-Loire, à structure par âge comparable).

Les écarts sont particulièrement importants après 75 ans avec des taux de non recours de près de 40 % chez les 75-84 ans et de près de 60 % chez les 85 ans et plus en Sarthe et en Mayenne. Dans les 3 autres départements, ces taux avoisinent 30 % chez les 75-84 ans et sont inférieurs à 50 % chez les 85 ans et plus (Fig11).

### Des recours curatifs sur les trois années 2016 à 2018 plus fréquents en Loire-Atlantique, en Maine-et-Loire et en Vendée

De manière symétrique, les proportions de personnes ayant eu au moins un soin curatif (soins de reconstitution des dents, chirurgie, pose ou réparation de prothèse) au cours des trois années 2016 à 2018 sont plus fréquents dans les départements de Loire-Atlantique (60 %), du Maine-et-Loire et de la Vendée (59 %), alors qu'ils ne sont que de 54 % en Mayenne et 53 % en Sarthe, à structure par âge comparable. Ces écarts s'amplifient après 75 ans (Fig11).

### Des taux de recours préventifs comparables d'un département à l'autre

Les recours uniquement préventifs (consultation, détartrage ou radiologie) au cours des 3 dernières années sont rares dans l'ensemble des départements de la région, avec des taux compris entre 11,8 % et 13,3 % selon les départements (Fig11).

**Fig11. Proportion de personnes de 55 ans et plus selon la fréquence de leur recours sur une période de trois années consécutives, par département des Pays de la Loire**  
Pays de la Loire, départements (2016-2018)

		Pays de la Loire				Loire-Atlantique			
		55-74 ans	75 à 84 ans	85 ans et+	ensemble	55-74 ans	75 à 84 ans	85 ans et+	ensemble
Aucun recours	N	216 645	72 362	65 384	354 391	70 579	21 360	18 844	110 783
	% brut % stand <sup>1</sup>	24,8	31,3	49,1	28,6 29,1	23,0	28,2	44,4	26,1 26,8
Au moins un soin curatif	N	532 230	134 481	55 788	722 499	191 837	46 184	19 365	257 386
	% brut % stand <sup>1</sup>	60,9	58,2	41,9	58,3 57,9	62,6	60,9	45,6	60,6 60,0
Uniquement des recours préventifs	N	125 226	24 441	11 897	161 564	44 125	8 248	4 239	56 612
	% brut % stand <sup>1</sup>	14,3	10,6	8,9	13,1 13	14,4	10,9	10,0	13,3 13,2
Total	N	874 101	231 284	133 069	1 238 454	306 541	75 792	42 448	424 781
	% brut % stand <sup>1</sup>	100	100	100	100	100	100	100	100
		Maine-et-Loire				Mayenne			
		55-74 ans	75 à 84 ans	85 ans et+	ensemble	55-74 ans	75 à 84 ans	85 ans et+	ensemble
Aucun recours	N	44 448	14 585	13 952	72 985	20 666	8 195	7 692	36 553
	% brut % stand <sup>1</sup>	24,5	30,2	48,0	28,2 28,6	28,7	39,7	59,0	34,6 34,4
Au moins un soin curatif	N	111 362	28 793	12 704	152 859	41 875	10 478	4 381	56 734
	% brut % stand <sup>1</sup>	61,3	59,5	43,7	59,0 58,6	58,2	50,8	33,6	53,7 53,8
Uniquement des recours préventifs	N	25 812	4 993	2 435	33 240	9 449	1 951	964	12 364
	% brut % stand <sup>1</sup>	14,2	10,3	8,4	12,8 12,8	13,1	9,5	7,4	11,7 11,8
Total	N	181 622	48 371	29 091	259 084	71 990	20 624	13 037	105 651
	%	100	100	100	100	100	100	100	100
		Sarthe				Vendée			
		55-74 ans	75 à 84 ans	85 ans et+	ensemble	55-74 ans	75 à 84 ans	85 ans et+	ensemble
Aucun recours	N	39 400	13 954	12 514	65 868	41 552	14 268	12 382	68 202
	% brut % stand <sup>1</sup>	29,1	37,2	56,2	33,7 34,0	23,3	29,2	47,2	26,9 27,4
Au moins un soin curatif	N	76 145	19 653	7 907	103 705	111 011	29 373	11 431	151 815
	% brut % stand <sup>1</sup>	56,3	52,3	35,5	53,1 52,8	62,2	60,0	43,6	59,8 59,3
Uniquement des recours préventifs	N	19 832	3 953	1 849	25 634	26 008	5 296	2 410	33 714
	% brut % stand <sup>1</sup>	14,7	10,5	8,3	13,1 13,2	14,6	10,8	9,2	13,3 13,3
Total	N	135 377	37 560	22 270	195 207	178 571	48 937	26 223	253 731
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

<sup>1</sup> Proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018. Exhaustivité des Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes.

Lecture : Parmi les personnes de 85 ans et plus résidant dans la Sarthe, seules 8 % n'avaient eu que des visites de contrôle (parmi consultation, détartrage ou radiologie) au cours des trois années 2016 à 2018.

## Des situations locales très contrastées, avec des EPCI à fort taux de non recours concentrées en Mayenne et en Sarthe

Les EPCI où les proportions de personnes n'ayant eu aucun recours bucco-dentaire au cours des trois dernières années sont les plus élevées se trouvent toutes dans les départements de la Sarthe et de la Mayenne ; les proportions de non recours maximales concernent la communauté de communes (CC) du Mont des Avaloirs (41 %) et celle de Loué – Brûlon – Noyen (40 %).

Les EPCI dans lesquels, ces taux sont les plus faibles sont localisés dans la moitié sud des départements de Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire et sur les deux-tiers nord-ouest de la Vendée. Les proportions minimales sont observées dans la Communauté d'agglomérations (CA) de la presqu'île de Guérande-Atlantique et dans celle des Sables d'Olonne (23 %) (Fig12a et Fig12b).

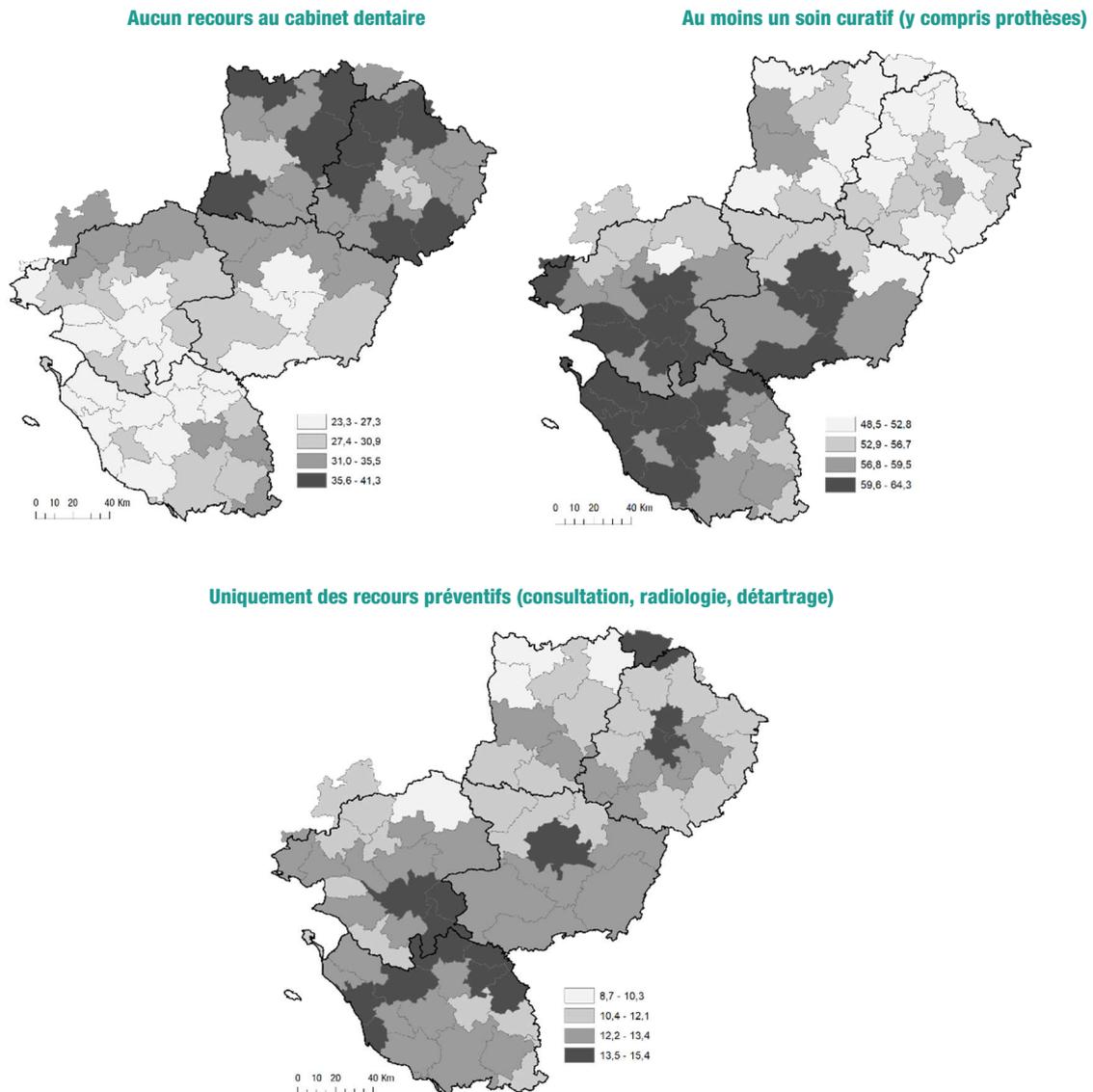
### Des EPCI à fort taux de recours aux soins curatifs en Loire-Atlantique, en Vendée et dans le Maine-et-Loire

La carte des taux de recours aux soins curatifs est quasiment symétrique à celle des taux de non recours avec des taux de recours les plus élevés en Loire-Atlantique, dans le Maine-et-Loire et en Vendée et des taux de recours les plus faibles en Mayenne, en Sarthe, ainsi que dans les EPCI des communautés de communes de Nozay (Loire-Atlantique) et Baugeois Vallée (Maine-et-Loire).

### Un recours préventif exclusif plus fréquent dans les grandes métropoles et dans les EPCI de Vendée.

La carte présentant les proportions de personnes n'ayant eu que des recours préventifs au cours des 3 dernières années montre les taux les plus élevés dans les EPCI des métropoles régionales : Nantes, Le Mans, Angers (14 %), Laval et La Roche-sur-Yon (13,3 %) ainsi que quelques EPCI à proximité de ceux-ci. La Vendée est le département de la région qui concentre le plus d'EPCI avec des taux élevés (EPCI du nord-est du département, de la CC Vie et Boulogne et des EPCI du littoral CA les Sables d'Olonne Agglomération et CC du Pays de Saint Gilles Croix de Vie) (Fig12a et Fig12b)

**Fig12a. Proportion de personnes de 55 ans et plus selon la fréquence de leur recours sur une période de trois années consécutives, par EPCI des Pays de la Loire**  
Pays de la Loire (2016-2018)



Proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018. Exhaustivité des Personnes âgées de 55 ans et plus, tous régimes.

**Fig12b. Proportion de personnes de 55 ans et plus selon la fréquence de leur recours sur une période de trois années consécutives, par EPCI des Pays de la Loire**

EPCI 2019	Aucun recours			Au moins un soin curatif			Uniquement des recours préventifs		
	N	% brut	% stand <sup>1</sup>	N	% brut	% stand <sup>1</sup>	N	% brut	% stand <sup>1</sup>
CA Agglomération du Choletais	8 765	25,2	25,2	21 654	62,3	62,3	4 348	12,5	12,5
CA Clisson Sèvre et Maine Agglo	3 897	25,2	25,4	9 309	60,2	60,2	2 247	14,5	14,4
CA de la Presqu'île de Guérande Atlantique (CAP ATLANTIQUE)	8 289	23,4	23,3	22 795	64,3	64,3	4 371	12,3	12,4
CA de la Région Nazairienne et de l'Estuaire (CARENE)	12 291	27,7	27,8	26 240	59,2	59,2	5 763	13	13
CA La Roche sur Yon - Agglomération	7 920	24,8	25	19 732	61,8	61,7	4 277	13,4	13,3
CA Laval Agglomération	11 042	29,8	29,7	21 076	56,8	56,9	4 982	13,4	13,4
CA Les Sables d'Olonne Agglomération	6 360	23,6	23,3	16 552	61,3	61,3	4 079	15,1	15,4
CA Mauges Communauté	10 337	28,3	27,9	21 593	59,2	59,5	4 559	12,5	12,5
CA Pornic Agglo Pays de Retz	5 453	25,3	25,4	13 309	61,7	61,5	2 825	13,1	13
CA Redon Agglomération	7 689	33,2	33,3	12 733	54,9	54,8	2 757	11,9	11,9
CA Saumur Val de Loire	10 501	30,7	30,3	19 567	57,2	57,5	4 140	12,1	12,3
CC Anjou Bleu Communauté	3 702	33	32,2	6 283	56	56,7	1 227	10,9	11,1
CC Anjou Loir et Sarthe	2 709	32,3	32	4 696	55,9	56,2	993	11,8	11,8
CC Baugeois Vallée	4 210	36,3	35,5	5 963	51,4	52	1 429	12,3	12,5
CC Challans-Gois Communauté	4 782	26,4	26,3	10 959	60,6	60,7	2 347	13	13
CC Châteaubriant-Derval	5 192	34,5	34,3	8 305	55,3	55,5	1 531	10,2	10,3
CC de Grand Lieu	2 603	25,6	26,1	6 223	61,2	60,9	1 349	13,3	13
CC de la Champagne Conlinoise et du Pays de Sillé	2 228	37,2	36,4	3 088	51,6	52,3	671	11,2	11,3
CC de la Région de Blain	1 304	30,1	30,1	2 510	57,9	58	521	12	12
CC de l'Ernée	2 536	36,1	34,3	3 887	55,4	57	594	8,5	8,7
CC de l'Île de Noirmoutier	1 383	28,6	28,5	2 896	59,9	59,9	559	11,6	11,7
CC de Nozay	1 378	34,2	34,6	2 110	52,3	52	544	13,5	13,3
CC de Sablé-sur-Sarthe	3 068	33,5	32,9	4 920	53,8	54,3	1 157	12,7	12,8
CC de Vie et Boulogne	3 219	26	26,6	7 464	60,2	59,9	1 706	13,8	13,5
CC d'Erdre et Gesvres	4 050	25,4	26,6	9 791	61,5	60,7	2 083	13,1	12,7
CC des Coëvrons	3 822	39,1	37,8	4 846	49,6	50,7	1 110	11,4	11,6
CC des Vallées de la Braye et de l'Anille	2 224	34,5	33,4	3 521	54,6	55,4	708	11	11,2
CC des Vallées du Haut-Anjou	3 045	32,2	32	5 330	56,4	56,6	1 080	11,4	11,4
CC du Bocage Mayennais	3 249	40,5	38,2	4 084	50,9	52,8	693	8,6	9
CC du Mont des Avaloirs	2 832	42,4	41,3	3 186	47,7	48,5	663	9,9	10,2
CC du Pays d'Ancenis	5 356	28,1	28,2	11 257	59	59	2 464	12,9	12,9
CC du Pays de Château-Gontier	3 530	35,1	34,3	5 351	53,2	53,8	1 174	11,7	11,9
CC du Pays de Craon	3 710	38	36,5	4 913	50,3	51,4	1 149	11,8	12,1
CC du Pays de Fontenay-Vendée	4 073	30,1	29,9	7 698	56,9	57,1	1 749	12,9	13
CC du Pays de la Châtaigneraie	1 988	33,1	32,9	3 369	56,1	56,3	648	10,8	10,9
CC du Pays de l'Huisne Sarthoise	3 327	32,7	32	5 623	55,3	55,9	1 210	11,9	12,1
CC du Pays de Meslay-Grez	1 477	35,4	34,6	2 165	51,9	52,6	530	12,7	12,8
CC du Pays de Mortagne	2 271	25,6	25,6	5 372	60,6	60,7	1 224	13,8	13,7
CC du Pays de Pontchâteau St-Gildas-des-Bois	3 289	32	32,2	5 789	56,4	56,2	1 195	11,6	11,6
CC du Pays de Pouzauges	2 165	28,1	27,8	4 500	58,4	58,6	1 035	13,4	13,5
CC du Pays de Saint-Fulgent - Les Essarts	2 069	27,4	27,3	4 556	60,3	60,5	926	12,3	12,3
CC du Pays de St Gilles-Croix-de-Vie	6 022	24,6	24,4	14 993	61,2	61,2	3 468	14,2	14,4
CC du Pays des Achards	1 601	29	29,2	3 232	58,5	58,4	690	12,5	12,4
CC du Pays des Herbiers	2 333	26,6	26,9	5 194	59,2	59,1	1 243	14,2	14
CC du Pays Fléchois	3 023	33,8	33,4	4 768	53,2	53,4	1 166	13	13,1
CC du Sud Est du Pays Manceau	1 671	30,1	30,7	3 180	57,4	57	692	12,5	12,3
CC du Sud Estuaire	2 716	25,9	25,9	6 525	62,3	62,3	1 236	11,8	11,8
CC du Val de Sarthe	2 961	31	31,7	5 396	56,5	56	1 196	12,5	12,3
CC Estuaire et Sillon	2 982	30,1	30,6	5 691	57,4	57	1 249	12,6	12,4
CC Haute Sarthe Alpes Mancelles	3 042	38,5	37,8	3 923	49,7	50,2	933	11,8	11,9
CC Le Gesnois Bilurien	3 494	35,5	35,5	5 064	51,5	51,5	1 283	13	13
CC Loire Layon Aubance	4 794	27,1	27,2	10 690	60,4	60,3	2 227	12,6	12,4
CC Loir-Lucé-Bercé	3 804	38,2	36,9	5 010	50,3	51,2	1 152	11,6	11,9
CC Loué - Brûlon - Noyen	2 247	40,6	39,9	2 660	48	48,6	630	11,4	11,5
CC Maine Coeur de Sarthe	2 036	30,8	31,5	3 633	54,9	54,4	947	14,3	14,1
CC Maine Saosnois	4 225	39,9	38,9	5 148	48,6	49,3	1 214	11,5	11,8
CC Mayenne Communauté	4 148	33,6	33,1	6 838	55,4	55,7	1 364	11	11,1
CC Océan Marais de Monts	2 499	26,3	25,9	5 810	61	61,3	1 211	12,7	12,8
CC Orée de Bercé - Belinois	2 001	32,2	33,1	3 406	54,9	54,3	799	12,9	12,6
CC Pays de Chantonay	2 300	32,4	32,5	4 002	56,3	56,3	803	11,3	11,2
CC Sèvre et Loire	3 471	28,2	28,8	7 082	57,6	57,2	1 750	14,2	14
CC Sud Retz Atlantique	2 644	29,5	29,6	5 234	58,5	58,6	1 072	12	11,9
CC Sud Sarthe	3 497	39,3	38,5	4 355	49	49,6	1 036	11,7	11,9
CC Sud Vendée Littoral	6 478	28,9	28,5	13 098	58,5	58,8	2 823	12,6	12,7
CC Terres de Montaigu, CC Montaigu-Rocheservière	3 457	26,6	26,9	7 746	59,6	59,5	1 796	13,8	13,6
CC Vendée Grand Littoral	4 276	26,8	26,9	9 541	59,9	59,8	2 123	13,3	13,3
CC Vendée, Sèvre, Autise	1 977	33,7	33,1	3 236	55,2	55,7	652	11,1	11,3
CU Angers Loire Métropole	24 300	26,1	26	55 789	59,9	60,1	12 978	13,9	14
CU d'Alençon	7 413	34,2	33,9	11 331	52,2	52,4	2 948	13,6	13,7
CU Le Mans Métropole	22 043	31,3	30,9	38 162	54,1	54,4	10 330	14,6	14,8
Nantes Métropole	44 260	24,2	24,2	112 472	61,6	61,6	25 949	14,2	14,2
Ensemble	385 857	29,7	29,3	745 415	57,4	57,7	168 231	12,9	13

<sup>1</sup>Proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018. Exhaustivité des Personnes âgées de 55 ans et plus, tous régimes.

## C. Recours selon les caractéristiques sociales des personnes

L'analyse des taux de recours aux soins dentaires des personnes âgées de 55 ans et plus en fonction de certaines de leurs caractéristiques sociales met en évidence des écarts très marqués dans la région comme en France.

### Des recours annuels moins fréquents pour les personnes affiliées à la MSA

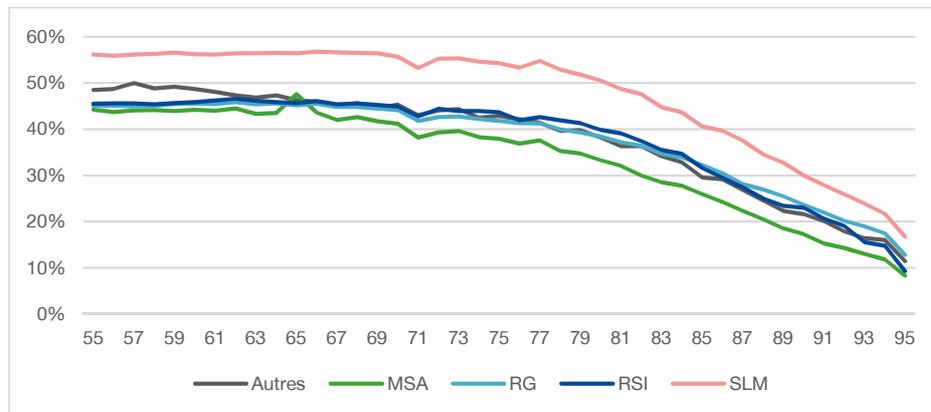
En Pays de la Loire, le taux de recours annuel varie fortement selon les régimes d'assurance-maladie. Les bénéficiaires des sections locales mutualistes (SLM<sup>3</sup>) ont le taux de recours annuel le plus élevé (56 %) ; ceux affiliés au régime général, qui couvre près de 80% des personnes, ont un taux de recours annuel de 47 %. Les bénéficiaires de la mutualité sociale agricole (MSA) ont le taux le plus faible (38 %) qui s'explique seulement partiellement par un âge plus élevé de ses bénéficiaires. En effet, le taux de recours annuel standardisé sur l'âge (42 %) reste inférieur à ceux des autres régimes.

Au niveau national, les mêmes différences sont retrouvées avec un taux maximal chez les bénéficiaires d'une SLM (52,5 %) et minimal chez ceux de la MSA (38,5 %), à structure par âge comparable. Toutefois, pour chacun des régimes, les taux standardisés régionaux de recours annuel sont supérieurs à la moyenne nationale (Fig13).

Pour lutter contre ce faible recours, la MSA propose un bilan bucco-dentaire pris en charge à 100% à ses bénéficiaires de 65 ans. Ce bilan gratuit explique probablement le pic du taux de recours qui est maximal à cet âge (47,5 %) (Fig13). Néanmoins cette hausse est de faible ampleur (+4 points par rapport aux taux des bénéficiaires de 64 ans et 66 ans). De plus, ce bilan gratuit ne semble pas entraîner un meilleur recours après 65 ans puisque les taux annuels de recours chutent après cet âge (Fig13).

**Fig13. Proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017 selon le régime d'assurance maladie et l'âge**

France (2017)



France, Pays de la Loire (2017)

Caractéristiques en 2017		France			Pays de la Loire		
		N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>
Régime d'assurance maladie	MSA	528 354	35,0%	38,5%	52 663	37,8%	42,1%
	RSI	621 246	42,9%	42,9%	38 008	45,8%	46,0%
	RG	6 883 260	42,4%	42,4%	421 519	46,9%	46,9%
	SLM	1 314 308	52,8%	52,5%	63 866	56,2%	55,7%
	Autres	310 125	44,0%	46,4%	16 633	48,9%	50,8%

<sup>1</sup> proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires, toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en 2017, Les Ligériens de 55 ans et plus affiliés au régime général sont 46,9 % à avoir eu au moins un recours au cabinet dentaire dans l'année.

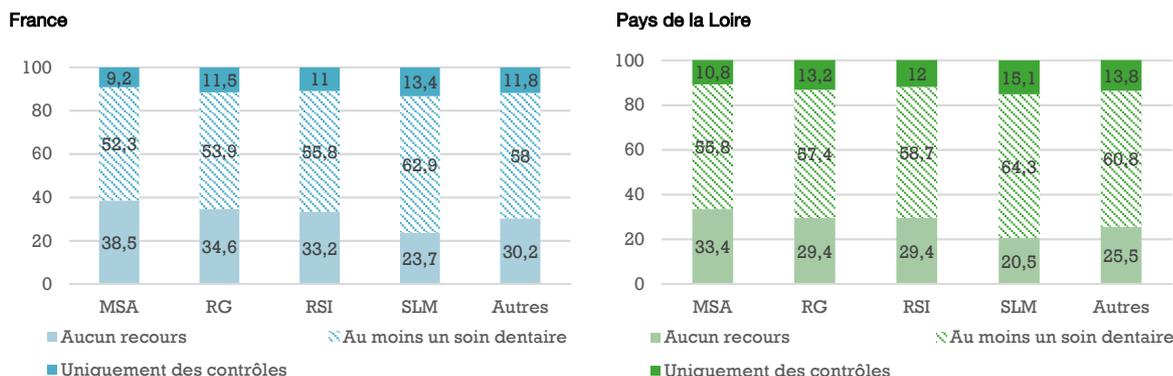
<sup>3</sup> Les sections locales mutualistes SLM gèrent les prestations d'une partie des fonctionnaires et contractuels des trois fonctions publiques et des étudiants

## Des recours préventifs et des soins curatifs plus fréquents chez les bénéficiaires de SLM

En Pays de la Loire, la proportion de personnes n'ayant eu aucun recours ces 3 dernières années est nettement plus faible parmi les personnes affiliées à une SLM (20,5 %) comparée aux autres régimes (compris entre 25,5 % et 33,4 %), à structure par âge comparable. Ce constat, également porté au niveau national, s'explique à la fois par des recours préventifs et par des soins curatifs plus fréquents (Fig14).

**Fig14. Proportions<sup>1</sup> de personnes de 55 ans et plus selon la fréquence de leur recours sur une période de trois années consécutives, selon le régime d'assurance maladie**

France, Pays de la Loire (2016-2018)



<sup>1</sup> Proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âges 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018. Exhaustivité des Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes

Lecture : En Pays de la Loire, 60,8% des bénéficiaires affiliés à une SLM ont eu au moins un recours à un soin sur la période 2016-2018, soit 5 points de plus que ceux affiliés à la MSA (55,8%).

## Des recours annuels moins fréquents pour les groupes sociaux les moins favorisés

L'analyse des taux de recours annuel selon le niveau de défavorisation sociale de la commune de résidence (Encadré 1) met en évidence un gradient social de recours annuel au cabinet dentaire. Ainsi pour les personnes résidant dans les territoires les plus socialement favorisés de la région (1<sup>er</sup> quintile de l'indice), le taux de recours annuel dépasse 53 % contre 40 % pour les territoires les moins favorisés (5<sup>ème</sup> quintile de l'indice) (Fig15).

Ce moindre recours<sup>4</sup> dans les territoires les moins favorisés se retrouve

- pour les recours préventifs exclusifs (uniquement une consultation et/ou un détartrage et/ou une radiologie au cours des 3 années), qui concernent 14,5 % des personnes vivant dans les communes ligériennes les plus favorisées contre 11,7 % dans les communes les moins favorisées
- pour les recours à des soins curatifs (au moins un soin de reconstitution des dents ou une chirurgie ou une pose ou réparation de prothèse au cours des 3 années) qui concernent 62,8 % des plus favorisés contre 53,5 % des résidents des territoires les moins favorisés.

Des gradients analogues sont retrouvés au plan national avec, toutefois, pour chacun des quintiles de défavorisation, des taux standardisés de recours plus élevés dans la région qu'au plan national.

Ces inégalités sociales sont également constatées pour les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS (cf. encadré 1), dont le taux de recours annuel est dans la région de 38 % et inférieur de près de 10 points à celui des non bénéficiaires de ces prestations (47 %). Le taux de recours standardisé selon

<sup>4</sup> Il est possible que les taux de recours des personnes défavorisées présentés ici, soient sous-estimés du fait de la non prise en compte des bilans dentaires réalisés en centre d'examen de santé et destinés en priorité aux personnes précaires. Néanmoins ces résultats sont confortés par de nombreuses enquêtes qui ont fait état des inégalités sociales face au recours aux soins dentaires ; ceux-ci se retrouvant en tête des soins auxquels les personnes enquêtées déclarent avoir renoncé [2]. De plus, il a été montré que l'ACS ne protège pas particulièrement du renoncement au soin, au contraire de la CMU-C [2]. Hors dès lors qu'ils sont à la retraite, les assurés ne peuvent plus bénéficier de la CMU-C puisque le montant du minimum vieillesse dépasse le plafond ouvrant droit à la CMU-C (Encadré 1)

l'âge des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS des Pays de la Loire apparaît toutefois légèrement supérieur à la moyenne nationale (36 % vs 34 %) (Fig15).

Ce moindre recours des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS se retrouve

- pour le recours à des soins curatifs entre 2016 et 2018 (47 % vs 58 % des non bénéficiaires)
- pour le recours préventif exclusif sur cette période de 3 années consécutives (10,3 % vs 13,2 % des non bénéficiaires) (Fig16).

Les résultats sont similaires au niveau national.

#### ENCADRÉ 1. CMU-C, ACS et indice de défavorisation sociale

► Le bénéfice de la **CMU complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS)** est un indicateur individuel de fragilité sociale, basé sur le niveau de revenu du foyer.

La CMU-C donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé et inclut notamment les forfaits de prise en charge pour les soins dentaires. Elle est accordée pour un an à l'ensemble des membres du foyer et doit donc être redemandée chaque année. Au 1<sup>er</sup> avril 2017, le plafond maximal de ressources pour être éligible à la CMU-C était de 8 723 euros annuel pour une personne seule.

L'ACS est une aide qui ouvre droit à une réduction sur le montant de la cotisation à une complémentaire santé. Elle ouvre également droit au bénéfice de tarifs médicaux sans dépassement et, pour certains soins de prothèse dentaire et d'orthodontie, à des montants de dépassement plafonnés. Cette aide est accessible pour toutes les personnes, ainsi qu'aux membres de leur foyer, dont les ressources sont faibles, mais légèrement supérieures au plafond fixé pour l'attribution de la CMU-C. Au 1<sup>er</sup> avril 2017, le plafond maximal de ressources annuelles pour être éligible à l'ACS était de 11 776 euros pour une personne seule.

Au 1<sup>er</sup> avril 2017, le montant annuel de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), du minimum vieillesse et du minimum invalidité était de de 9 638 euros. Les personnes bénéficiant de ces revenus ont donc droit à l'ACS mais pas à la CMU-C.

► L'**indice de défavorisation sociale** est un indicateur contextuel, calculé au niveau communal à partir des quatre variables socio-économiques suivantes, issues du recensement de population 2013 et du dispositif Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) [3] :

- revenu fiscal médian par unité de consommation,
- part des diplômés de niveau baccalauréat (minimum) dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée,
- part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans,
- part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans,

L'indice présent dans le SNDS en 2017 est calculé à partir des données du recensement de population de 2013.

Les communes sont regroupées par quintiles de l'indice : le 1<sup>er</sup> quintile regroupe les personnes habitant dans les communes les plus favorisées, le 5<sup>e</sup> quintile regroupe celles habitant dans les communes les moins favorisées [3]. Les quintiles de la distribution de l'indice ont été définis en pondérant l'indice de chaque commune par son nombre d'habitants. De cette manière, au plan national, chaque quintile regroupe 20 % des personnes et non 20 % des communes. Dans les Pays de la Loire, la répartition du nombre d'habitants par quintile de l'indice est la suivante : 8 % dans le 1<sup>er</sup> quintile, 23 % dans le 2<sup>nd</sup>, 27 % dans le 3<sup>e</sup> et dans le 4<sup>e</sup> et 16 % dans le 5<sup>e</sup> quintile.

**Fig15. Proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017 selon leur niveau social**

France, Pays de la Loire (2017)

Caractéristiques en 2017		France			Pays de la Loire		
		N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>
<b>Indice de défavorisation sociale Fdep2013</b>	Q1 (très favorisé)	2 014 865	48,8%	48,8%	56 746	53,5%	53,4%
	Q2	1 913 609	46,1%	46,1%	126 622	50,4%	50,4%
	Q3	1 942 649	44,0%	44,2%	157 438	47,4%	47,8%
	Q4	1 904 781	41,2%	41,6%	152 225	45,8%	46,2%
	Q5 (très défavorisé)	1 714 956	37,9%	38,3%	96 035	40,2%	41,1%
<b>Bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS</b>	non	9 208 518	43,6%	43,9%	576 070	47,1%	47,5%
	oui	448 775	36,3%	33,9%	16 619	37,6%	35,9%

<sup>1</sup> proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

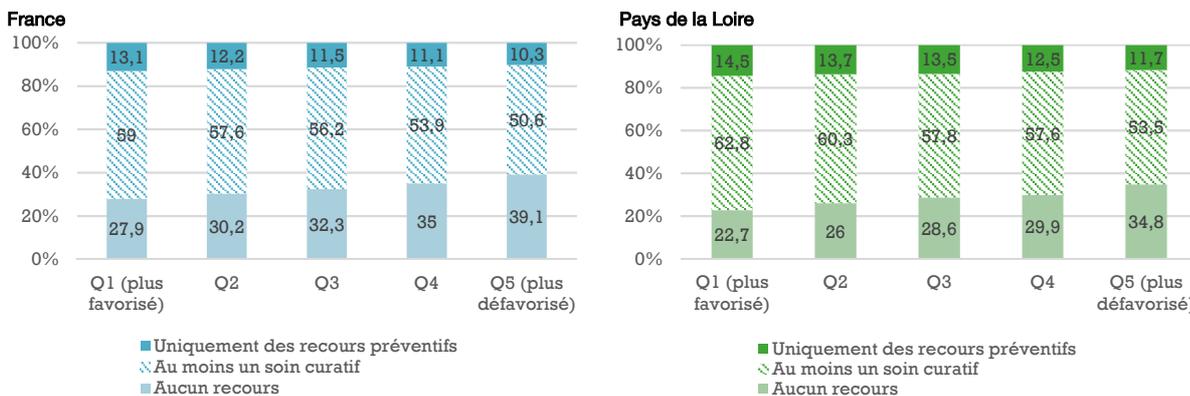
Champ : recours au cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires, toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : 37,6% des Ligériens de 55 ans bénéficiaires de la CMU-C ont eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017.

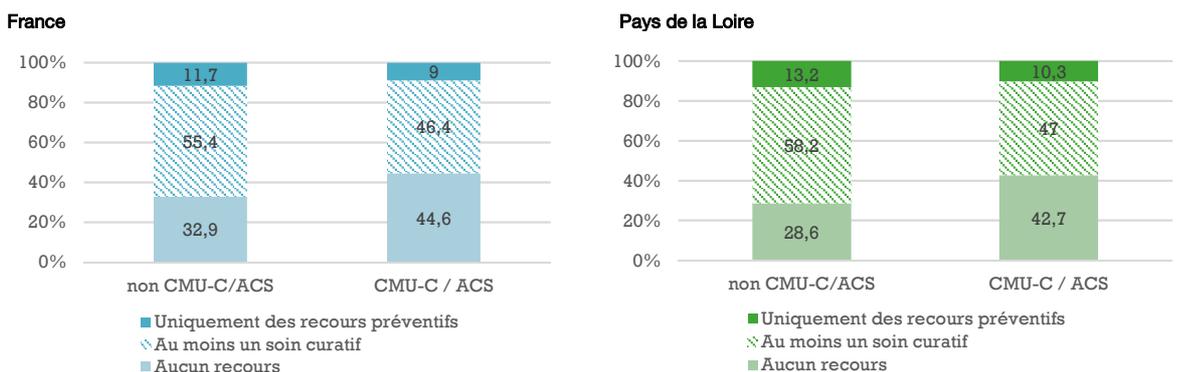
**Fig16. Proportions<sup>1</sup> de personnes de 55 ans et plus selon la fréquence de leur recours sur une période de trois années consécutives, selon le niveau social**

France, Pays de la Loire (2016-2018)

**Niveau de défavorisation sociale de la commune de résidence**



**CMU-C ou ACS**



<sup>1</sup>Proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018. Exhaustivité des Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes

Lecture : En Pays de la Loire, 42,7 % des personnes de 55 ans et plus, bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire au cours de 3 années consécutives ; cette proportion n'est que de 28,6 % chez les Ligériens ne bénéficiant pas de ces aides.

## D. Recours selon les caractéristiques d'état de santé

### 1. Santé générale

Les taux de recours aux soins dentaires des personnes âgées de 55 ans et plus apparaissent également liés à certaines caractéristiques de santé.

#### Des recours moins fréquents pour les populations en moins bon état de santé

En Pays de la Loire, à structure par âge comparable, les taux annuels de recours au cabinet dentaire en 2017 apparaissent moins élevés chez les personnes de 55 ans et plus

- prises en charge pour une affection de longue durée, en 2017, c'est-à-dire ayant eu au moins un remboursement à 100% dans l'année au titre d'une affection de longue durée ALD (44 *versus* 49 %),
- polymédiquées en 2016, c'est-à-dire ayant eu au moins trois délivrances remboursées pour au moins 10 molécules différentes au cours de l'année (44 *versus* 47 %),
- hospitalisées au moins une nuit en 2016 en court séjour (45 *versus* 47 %), (Fig17).

**Fig17. Proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017 selon leurs caractéristiques d'état de santé**

France, Pays de la Loire (2017)

Caractéristiques		France			Pays de la Loire		
		N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>
<b>Prise en charge pour une ALD en 2017</b>	non	6 087 345	46,1%	45,1%	388 518	49,8%	48,9%
	oui	3 569 948	38,9%	41,0%	204 171	41,9%	44,2%
<b>Polymédication (en 2016)</b>	non	8 619 077	43,9%	43,6%	542 326	47,5%	47,3%
	oui	1 038 216	38,0%	41,5%	50 363	39,9%	44,1%
<b>Hospitalisation (au moins une nuitée en 2016)</b>	non	8 390 378	43,8%	43,6%	514 609	47,5%	47,4%
	oui	1 266 915	39,3%	42,1%	78 080	42,5%	45,5%

<sup>1</sup> proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âges 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires, toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Prise en charge pour une ALD : au moins un remboursement à 100% dans l'année au titre d'une ALD

Polymédication : au moins trois délivrances remboursées pour au moins 10 molécules différentes au cours de l'année

Hospitalisation : au moins une nuit en 2016 en court séjour

Lecture : en 2017, 44,2 % des Ligériens pris en charge pour une affection de longue durée en 2017 ont eu un recours au cabinet dentaire dans l'année.

Ces écarts se retrouvent lorsque l'on compare la fréquence du suivi sur 3 années consécutives selon les caractéristiques d'état de santé, avec une moindre fréquence à la fois à des soins curatifs et à des recours préventifs pour les personnes en moins bon état de santé.

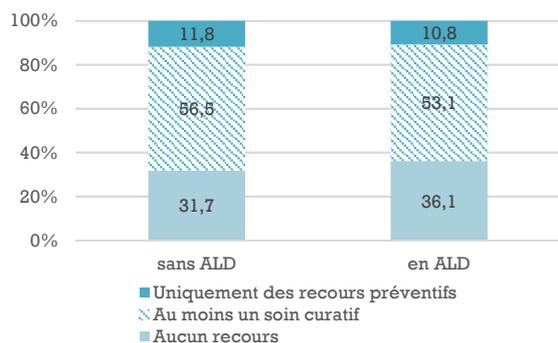
Ainsi en Pays de la Loire, la proportion de personnes n'ayant eu aucun recours au cabinet dentaire au cours des 3 années 2016 à 2018 est plus élevée chez les personnes prises en charge pour une ALD (32,7 %), en situation de polymédication (33,1 %) ou ayant été hospitalisées (30,5 %) en 2016 que pour les autres, à structure par âge comparable.

Ce moindre recours des personnes prises en charge pour un problème de santé est également constaté au niveau national (Fig 17 et 18).

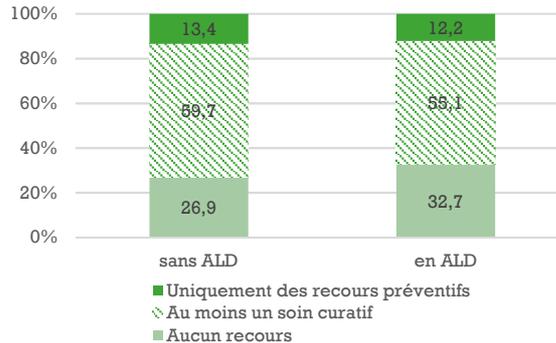
**Fig18. Proportions<sup>1</sup> de personnes de 55 ans et plus selon la fréquence de leur recours sur une période de trois années consécutives, selon les caractéristiques d'état de santé**  
France, Pays de la Loire (2016-2018)

**Prise en charge au titre d'une ALD en 2017**

France

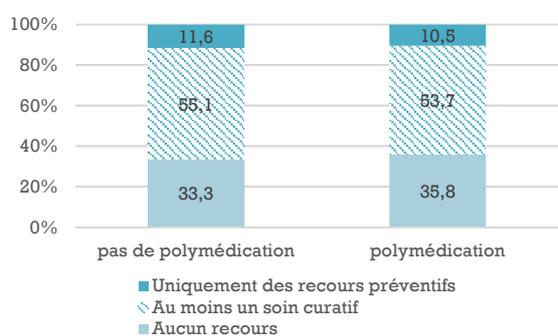


Pays de la Loire

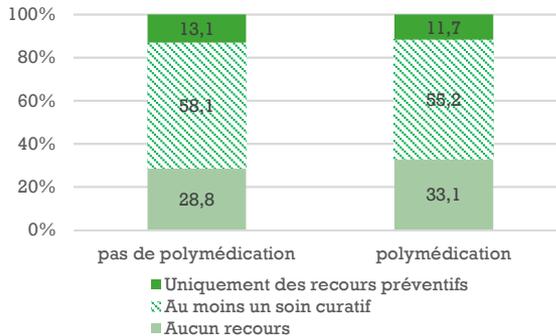


**En situation de polymédication en 2016**

France

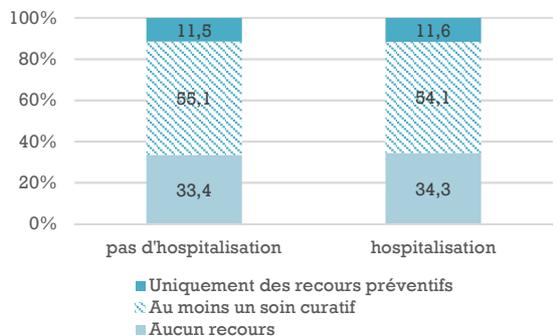


Pays de la Loire

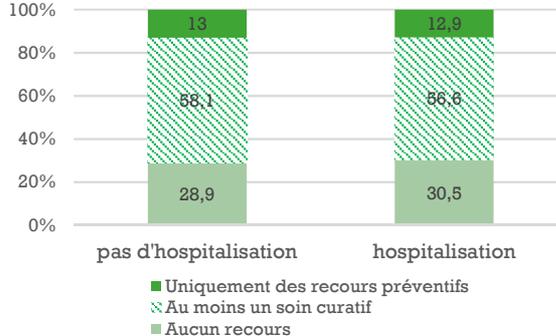


**Hospitalisé au moins une nuitée (séjour MCO) en 2016**

France



Pays de la Loire



<sup>1</sup> Proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015  
Sources : SNDS-DCIR/PMSI - exploitation ORS Pays de la Loire  
Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018. Exhaustivité des Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes  
Lecture : En Pays de la Loire, 33,1 % des personnes en situation de polymédication en 2016 n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire au cours des 3 années 2016 à 2018 vs 28,8 % des personnes n'étant pas dans cette situation.

**Un recours au cabinet dentaire nettement moins fréquent chez les personnes hébergées en Ehpad**

Des différences importantes existent également selon le fait de résider ou non en Ehpad, et l'ancienneté dans cet hébergement (Encadré 2). En Pays de la Loire, seulement 28 % des personnes âgées de 75 ans et plus arrivées en Ehpad en 2016 et 2017, et seulement 17 % de celles qui y sont arrivées antérieurement, ont eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017, contre 41 % de celles qui ne sont pas en Ehpad en 2017 (Fig19).

**Fig19. Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017 selon leur lieu de résidence (Ehpad ou domicile)**

France, Pays de la Loire (2017)

Caractéristiques		France			Pays de la Loire		
		N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>
Résidence en Ehpad (au moins un jour en 2017)	non	2 232 075	36,8%	36,9%	139 657	40,8%	40,8%
	oui, arrivée en 2016 ou 2017	48 329	21,3%	22,5%	4 111	25,3%	27,5%
	oui, arrivée en 2015 ou avant	45 700	13,3%	14,5%	4 376	15,7%	16,9%

<sup>1</sup> proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires, toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en 2017, 44,2% des Ligériens pris en charge pour une affection de longue durée en 2017 ont eu un recours au cabinet dentaire dans l'année.

En Pays de la Loire, comme au niveau national, la très grande majorité des personnes de 75 ans et plus hébergées en Ehpad n'a eu aucun recours au cabinet dentaire entre 2016 et 2018. Cette part est particulièrement élevée chez les personnes entrées en Ehpad en 2015 ou avant (67,6 %) (Fig20).

La proportion de personnes n'ayant eu que des recours préventifs est légèrement plus élevée parmi les personnes récemment entrées en Ehpad (12,9 %) comparée à celle des personnes vivant à leur domicile (9,2 %) et à celle vivant depuis plus longtemps en Ehpad (10,2 %) ; les résultats sont similaires au niveau national (Fig20).

Les différentes expérimentations et actions menées ces dernières années visant à former et sensibiliser le personnel des Ehpad, à accueillir un chirurgien-dentiste ou à proposer la réalisation d'une consultation avec un dentiste pour les résidents, dans la région [4] [5] [6] ou ailleurs [7] [8] peuvent expliquer ce résultat encourageant. Une expérimentation nationale de l'UFSBD pour l'accompagnement et la prévention bucco-dentaire des personnes vivant en Ehpad, vient d'être autorisée pour une durée de quatre ans dans les régions Auvergne Rhône Alpes, Occitanie et Pays de la Loire [9].

## ENCADRÉ 2. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont des structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes, seules ou en couple, en situation de perte d'autonomie physique ou psychique et qui ont besoin de soins et d'aide au quotidien pour effectuer les actes de la vie courante. Un EHPAD peut être spécialisé dans les maladies comme Alzheimer, Parkinson ou dans des maladies dégénératives.

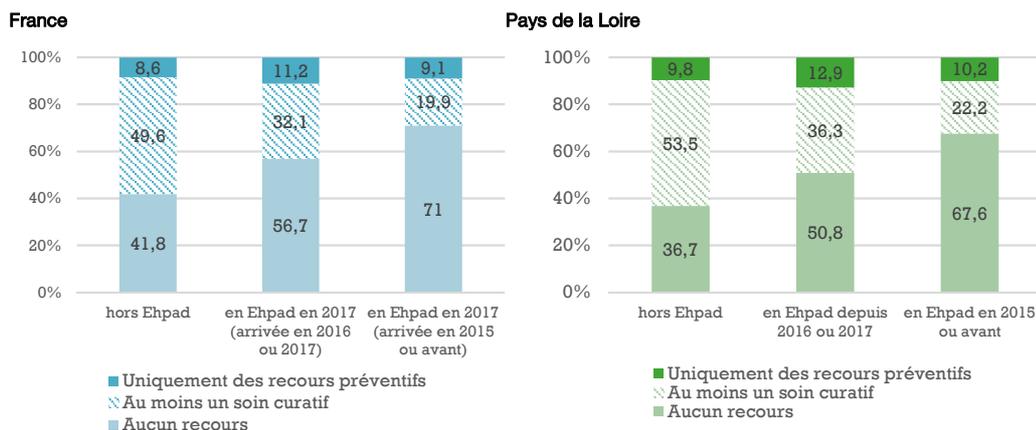
Pour bénéficier d'un hébergement en maison de retraite médicalisée, l'âge minimum a été fixé à 60 ans en rapport à l'accès aux aides sociales réservées aux pensionnaires de cet âge et plus. En revanche, rien n'interdit à une personne de moins de 60 ans de faire une demande d'admission dans la maison de retraite de son choix. Indépendamment du critère de l'âge, c'est surtout celui de l'état de santé, occasionnant la perte d'autonomie, qui est décisif.

Aujourd'hui l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 85 ans, soit cinq années plus tard qu'il y a 25 ans. Si les seniors sont admis en maison de retraite plus tardivement, les établissements eux ne désespèrent pas pour autant du fait de l'augmentation de la durée de vie.

Le financement des EHPAD repose sur trois budgets :

- le budget "soins", intégralement à la charge de l'Assurance maladie, finance le personnel soignant et les équipements médicaux ;
- le budget "dépendance", financé majoritairement par les départements et en partie par les résidents, correspond aux prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie (aides-soignants, psychologues ...) ;
- le budget d'hébergement (hôtellerie, restauration, animation ...) est à la charge du résident qui, en fonction de sa situation financière, peut percevoir des aides publiques.

**Fig20. Proportion standardisées<sup>1</sup> de personnes de 75 ans et plus selon la fréquence de leur recours sur une période de trois années consécutives, selon le fait de résider en Ehpad ou non**  
France, Pays de la Loire (2016-2018)



<sup>1</sup> Proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues, entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018. Exhaustivité des Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes

Lecture : A structure par âge comparable, chez les personnes de 75 ans et plus résidant en Pays de la Loire, la proportion de personnes ayant eu au moins un soin dentaire entre 2016 et 2018 est plus faible chez les personnes vivant en Ehpad (36,3 % chez celles entrées en 2016 ou 2017 et 22,2 % chez celles entrées en 2015 ou avant) comparées aux personnes vivant à leur domicile (53,5 %).

## 2. Selon les pathologies

Dans ce chapitre, les différentes pathologies et traitements ont été identifiés par des algorithmes que la Cnam a développé dans sa cartographie médicalisée des pathologies et des dépenses (**Encadré 3**) et mis à disposition des utilisateurs du SNDS. Les résultats présentés concernent uniquement les assurés et ayants-droits du régime général et des sections locales mutualistes SLM (environ 85% des bénéficiaires).

Du fait des faibles effectifs pour certaines pathologies en Pays de la Loire, les taux de recours présentés dans cette partie sont les taux brut nationaux, sauf mention contraire.

### **Des recours annuels moins fréquents pour les personnes prises en charge pour maladies dégénératives, accident vasculaire cérébral, diabète ou insuffisance rénale chronique terminale**

L'analyse des taux de recours annuel aux soins dentaires des personnes âgées de 55 ans et plus, affiliées au régime général ou à une SLM, met en évidence un moindre recours en 2017 des personnes prises en charge en 2016 pour différentes pathologies ou traitements chroniques fréquents et/ou graves et/ou coûteux par rapport aux personnes qui ne sont pas dans ce cas (**Fig21a et 21b**).

L'écart apparaît particulièrement marqué pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives notamment démences et Parkinson (25 %) - mais ceci résulte pour partie de leur âge plus élevé puisque le taux standardisé selon l'âge est de 36 % -, ainsi que chez les personnes traitées par neuroleptiques (35 %) et les personnes atteintes de maladies neurologiques ou psychiatriques (38 %). Les effets secondaires des traitements des pathologies neurodégénératives, la diminution de la dextérité manuelle et les troubles cognitifs représentent des obstacles majeurs à la réalisation des soins d'hygiène buccale et favorisent le développement de maladies parodontales [10].

De même, les taux de recours sont particulièrement faibles pour les patients ayant une insuffisance rénale chronique terminale IRCT (35 %) ainsi que pour les patients diabétiques insulino-traités (32 %). Pour ces derniers, ces faibles taux sont d'autant plus notables que le suivi bucco-dentaire annuel fait partie des recommandations de prise en charge du diabète [11]. La maladie parodontale constitue, en effet, une des complications du diabète non équilibré mais également un facteur d'aggravation de celui-ci. Chez les patients atteints d'IRCT, dont la moitié sont également diabétiques, un programme

d'hygiène bucco-dentaire permet de limiter les risques d'infections et les risques d'inflammation gingivale plus marquée chez ces patients [12].

Le faible recours annuel au cabinet dentaire des patients atteints de maladies valvulaires (seulement 40 %) interroge. Ces patients, qui pourraient notamment être informés par la carte de cardio-prévention de la société française de cardiologie, demandent une attention particulière en matière de soins bucco-dentaires en raison notamment du risque d'endocardite infectieuse qu'ils encourent [13].

### **Pour les personnes prises en charge pour maladies inflammatoires chroniques, troubles de l'hémostasie et cancers, des recours un peu plus fréquents mais qui restent insuffisants**

On observe, à l'inverse, des taux de recours légèrement plus élevés ou équivalent à ceux observés chez l'ensemble des personnes de plus de 55 ans (45 %), parmi les personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques (48 %), hémophilie ou troubles de l'hémostasie graves (46 %) et de cancers (43 à 45 %).

Des travaux ont suggéré un lien entre maladies inflammatoires chroniques intestinales (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique) et problèmes dentaires, avec un recours aux soins augmenté [14]. Pour les patients atteints de troubles de l'hémostasie, des recommandations préconisent une surveillance régulière environ une fois tous les 6 mois pour lutter contre les dépôts de tartre et autre source d'inflammation des gencives [15].

Concernant les cancers, les chimiothérapies et les radiothérapies pouvant avoir des conséquences sur la santé bucco-dentaire, des soins sont souvent préconisés avant, pendant ou après les traitements [16].

Au total, l'ensemble de ces résultats montre un manque important de recours au cabinet dentaire pour les patients atteints de pathologies chroniques, malgré leurs liens de plus en plus avérés avec l'état de santé parodontale et dentaire, et en dépit des recommandations des sociétés savantes. La réalisation de bilans et soins dentaires réguliers permet notamment d'éradiquer les foyers infectieux bucco-dentaires (caries, abcès, dents à l'état de racines et mobiles...) susceptibles de favoriser ces pathologies ou d'augmenter leur gravité [17] [18] [19] [20] [21]. Afin d'éviter les complications et aggravation de la santé des patients, l'UFSBD recommande d'inclure la santé bucco-dentaire en prévention tertiaire, dans la conception des parcours de santé, de la prévention à l'éducation thérapeutique et l'accompagnement, en passant bien entendu par la prise en charge.

#### **ENCADRÉ 3. Cartographie médicalisée des pathologies et des dépenses**

La cartographie Cnam consiste à identifier au sein du régime général (SLM comprises) les personnes prises en charge pour des pathologies ou des traitements chroniques fréquents et/ou graves et/ou coûteux, les femmes prises en charge pour le risque maternité, et les personnes qui ont eu des hospitalisations ponctuelles (c'est à dire sans lien avec des pathologies chroniques repérées par les algorithmes). Les algorithmes médicaux développés pour les besoins de la cartographie, s'appuient sur les données du SNDS pour les 57 millions d'assurés du régime général, essentiellement sur les motifs médicaux des hospitalisations, ceux des ALD, mais aussi sur les médicaments remboursés lorsqu'ils sont spécifiques d'une pathologie et parfois aux actes traceurs.

La cartographie des pathologies et des dépenses a pour objectif général d'analyser la répartition et la dynamique des dépenses d'assurance maladie rattachées à ces prises en charge, en détaillant notamment les dépenses de soins de ville et hospitalières, mais toujours en fonction des pathologies. Elle vise également à décrire les effectifs et fréquences des patients bénéficiant de ces prises en charge au sein de la population des bénéficiaires du RG ou d'une SLM [22].

**Fig21a. Proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017, chez les personnes ayant une pathologie ou un traitement pris en charge par l'assurance maladie en 2016**

France, Pays de la Loire (2016-2017)

	France			Pays de la Loire		
	N	proportion brute	proportion stand <sup>1</sup>	N	proportion brute	proportion stand <sup>1</sup>
Accident vasculaire cérébral	184 462	34%	37%	10 509	38%	41%
Cancer de la prostate	161 666	44%	46%	9 827	48%	49%
Cancers actifs	351 546	43%	44%	22 067	46%	48%
Cancers actifs ou sous surveillance	880 280	45%	46%	52 944	48%	49%
Dépression et autres troubles de l'humeur	193 323	41%	42%	9 493	43%	44%
Diabète	938 897	37%	37%	45 750	40%	40%
Diabète insulino-traité	167 423	32%	34%	8 348	36%	37%
Diabète non insulino-traité	771 474	38%	38%	37 402	41%	41%
Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves	8 935	46%	46%	536	48%	48%
Insuffisance rénale chronique terminale	17 948	35%	36%	914	40%	40%
Maladie coronaire	538 314	40%	41%	30 573	44%	45%
Maladie valvulaire	111 289	40%	44%	6 563	43%	49%
Maladies cardiovasculaires	1 191 976	37%	40%	68 226	41%	43%
Maladies dégénératives (démences et Parkinson)	168 359	25%	36%	9 310	28%	39%
Maladies inflammatoires chroniques	197 874	48%	48%	10 710	51%	52%
Maladies neurologiques	95 648	38%	38%	5 290	41%	41%
Maladies psychiatriques	388 038	38%	39%	20 526	40%	41%
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	621 907	40%	41%	31 980	44%	45%
Traitements anxiolytiques (avec ou sans pathologies)	1 002 100	42%	43%	60 514	44%	46%
Traitements neuroleptiques (avec ou sans pathologies)	156 363	35%	37%	9 591	38%	40%
VIH ou SIDA	17 804	43%	41%	599	47%	43%
Pas de pathologies, traitements, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	2 073 663	50%	48%	128 583	54%	52%
<b>ensemble des 55 ans et plus</b>	<b>8 145 375</b>	<b>45%</b>	<b>45%</b>	<b>484 168</b>	<b>49%</b>	<b>49%</b>

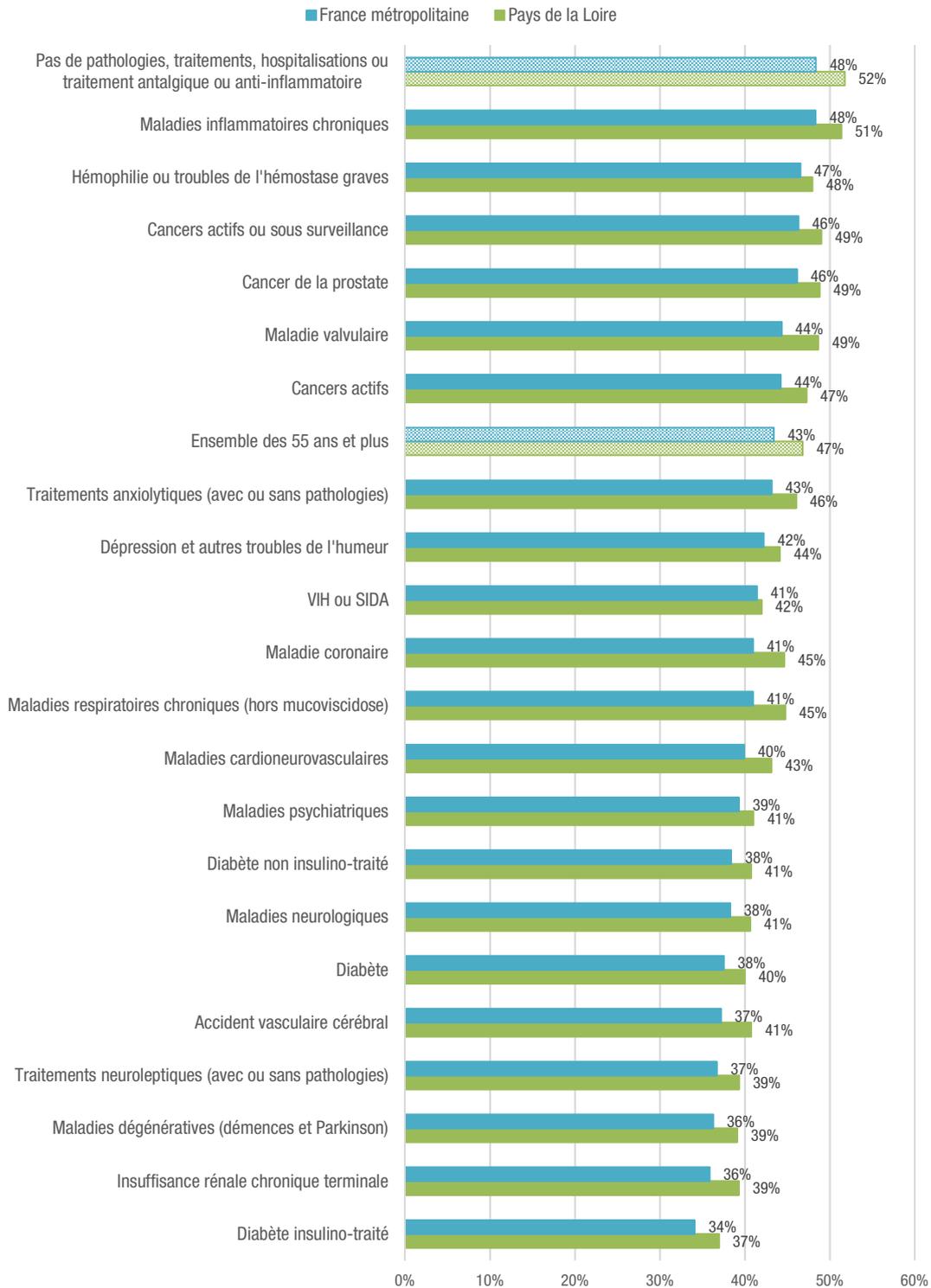
<sup>1</sup> proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/Cartographie médicalisée des pathologies et des dépenses, version G5, année 2016 (Cnam) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...) et recours à l'hospitalisation pour soins dentaires, toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, régime général, SLM et CAMIEG.

Lecture : 46 % (proportion brute) des bénéficiaires résidant en Pays de la Loire pris en charge pour un cancer en 2016 ont eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017 ; à structure par âge équivalente, cette proportion est comparable à celle de l'ensemble des résidents de la région (proportions standardisées respectives de 48 % et 49 %)

**Fig21b. Taux standardisés<sup>1</sup> sur l'âge de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017, chez les personnes ayant une pathologie ou un traitement pris en charge par l'assurance maladie en 2016**  
France, Pays de la Loire (2016-2017)



<sup>1</sup>Proportions standardisées selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Lecture : En France, 48 % des bénéficiaires pris en charge pour une maladie inflammatoire chronique en 2016 ont eu au moins un recours au cabinet dentaire en 2017. Cette proportion n'est que de 34 % chez les personnes prises en charge pour un diabète insulino-traité en 2016.

## E. Modèles explicatifs du non recours au cabinet dentaire

Dans cette partie, des modèles de régression logistique multivariés ont été réalisés pour étudier les facteurs explicatifs du non recours au cabinet dentaire sur une période de 3 ans.

Des analyses séparées ont été menées sur la population des 55-74 ans et celle de 75 ans et plus. Pour chacune, les odds ratios (OR) ajustés sont fournis avec leurs intervalles de confiance à 95% pour la population française et pour la sous-population Pays de la Loire dans les tableaux.

L'odds ratio (littéralement en français « rapport de côtes », au sens des parieurs) est un indicateur qui permet d'évaluer l'existence d'une augmentation ou d'une diminution de la probabilité d'occurrence de l'événement étudié (ici, le non recours au cabinet dentaire en 3 ans) associée à une caractéristique de la population (par exemple être un homme) par rapport à une caractéristique de référence (être une femme). Les odds ratios s'interprètent comme des risques relatifs (des excès de risques ou des moindres risques).

Par exemple, l'OR permettant de quantifier la force de l'association entre le genre et le non recours au cabinet dentaire se calcule comme le rapport entre :

- la côte du non recours chez les hommes (= le nombre d'hommes sans recours divisé par le nombre d'hommes avec recours) et,
- la côte du non recours chez les femmes (= nombre de femmes sans recours divisé par nombre de femmes avec recours).

La valeur 1,41 étant supérieure à 1, cela signifie que les hommes ont une probabilité augmentée de non recours au cabinet dentaire comparé aux femmes. Ce sur-risque est significatif au sens statistique, car l'intervalle de confiance de l'OR n'inclue pas la valeur 1.

### 1. Chez les personnes âgées de 55 à 74 ans

#### Chez les 55-74 ans, les principaux facteurs associés au non recours au moins trois années consécutives sont le genre, le niveau social et le régime d'assurance maladie

Lorsque toutes les variables sont prises en compte

l'âge, le genre, le régime d'assurance maladie, le bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS, le niveau de défavorisation sociale et le niveau d'accessibilité au chirurgien-dentiste libéral (APL<sup>5</sup>) de la commune de résidence, le fait d'être en affection de longue durée, d'être en situation de polymédication en 2016, d'avoir été hospitalisé en 2016,

certaines apparaissent plus que d'autres, associées au non recours au cabinet dentaire chez les personnes âgées de 55 à 74 ans :

- être un homme ( $OR_{France}=1,41$ ),
- être bénéficiaire de la CMUc/ACS ( $OR_{France}=1,51$ ) ou résider dans une commune défavorisée ( $OR_{France}=1,54$  par rapport aux communes les plus favorisées),
- être affilié à la MSA ( $OR_{France}=1,73$ ) ou au régime général ( $OR_{France}=1,64$ ) par rapport aux personnes affiliées à la SLM.

A contrario, toutes choses égales par ailleurs, l'âge n'est pas ou peu associé au risque de ne pas avoir eu recours au cabinet dentaire au moins 3 années consécutives chez les personnes âgées de 55 à 74 ans ; les odds ratios ajustés sont proches de 1 pour l'ensemble des classes d'âges.

De même, un moins bon état de santé est faiblement associé au risque de ne pas avoir de recours au cabinet dentaire au moins 3 années consécutives avec des  $OR_{France}$  de 1,18 pour les personnes en ALD, de 1,04 chez celles en situation de polymédication et de 1,07 chez celles hospitalisées au moins une nuit.

Des associations similaires sont retrouvées chez les personnes résidant en Pays de la Loire (Fig 22).

<sup>5</sup> L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche, densité par bassin de vie ou département...). Il mobilise pour cela les données de l'assurance-maladie (Sniiram) ainsi que les données de population de l'Insee. L'APL est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte du niveau d'activité des professionnels de santé pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. L'offre de médecins et la demande des communes environnantes sont également pris en compte dans son calcul [23].

**Fig22. Modèle explicatif multivarié du non recours au cabinet dentaire sur une période de trois années consécutives, chez les personnes âgées de 55 à 74 ans**  
France, Pays de la Loire (2016-2018)

Personnes de 55 à 74 ans		France			Pays de la Loire				
Facteurs		OR	IC(95%)		p	OR	IC(95%)		p
			inf	sup			inf	sup	
Age atteint en 2017	55 – 59 ans	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	60 – 64 ans	0,97	0,97	0,97		0,95	0,94	0,96	
	65 – 69 ans	1,03	1,02	1,03		0,97	0,96	0,98	
	70 -74 ans	1,12	1,12	1,13		1,06	1,04	1,08	
Genre	Homme	1,41	1,41	1,41	<,0001	1,42	1,41	1,44	<,0001
	Femme	1 (ref.)				1 (ref.)			
Régime d'assurance maladie obligatoire	MSA	1,73	1,72	1,74	<,0001	1,60	1,56	1,64	<,0001
	RSI	1,48	1,47	1,49		1,40	1,36	1,44	
	RG	1,64	1,63	1,64		1,56	1,53	1,59	
	SLM	1 (ref.)				1 (ref.)			
	Autres	1,21	1,20	1,22		1,21	1,17	1,26	
Bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS en 2017	non	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	oui	1,51	1,51	1,52		1,88	1,84	1,92	
Niveau de défavorisation sociale de la commune de résidence (indice Fdep 2013)	Q1 (très favorisé)	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	Q2	1,08	1,07	1,08		1,19	1,16	1,21	
	Q3	1,19	1,18	1,19		1,35	1,32	1,38	
	Q4	1,31	1,30	1,31		1,35	1,32	1,37	
	Q5 (très défavorisé)	1,54	1,53	1,54		1,66	1,62	1,69	
Prise en charge au titre d'une ALD en 2017	non	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	oui	1,18	1,18	1,18		1,25	1,23	1,26	
En situation de polymédication en 2016	non	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	oui	1,04	1,04	1,05		1,12	1,09	1,14	
Au moins une nuitée en hospitalisation MCO, en 2016	non	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	oui	1,07	1,07	1,08		1,07	1,06	1,09	
Niveau d'accessibilité au CD libéral de la commune de résidence, (indice APL 2013)	Q5 (très élevé)	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	Q4	1,05	1,04	1,05		1,05	1,03	1,06	
	Q3	1,09	1,09	1,09		1,04	1,02	1,06	
	Q2	1,14	1,14	1,15		1,07	1,06	1,09	
	Q1 (très faible)	1,17	1,16	1,17		1,21	1,19	1,23	

Méthode : régression logistique multivariée. L'événement à expliquer est le fait de ne pas avoir eu de recours au cabinet dentaire au cours des trois années 2016 à 2018. Les facteurs explicatifs potentiels sont l'ensemble des variables présentées dans le tableau. Les odds ratios (OR) présentés ici avec leurs intervalles de confiance au risque alpha de 5 % mesurent l'association entre chaque facteur et l'événement, ajustée sur l'ensemble des autres facteurs présents dans le modèle. L'ensemble des associations sont fortement significatives avec des  $p\_value < 10^{-3}$  qui reflètent davantage l'effet de la taille de la population que l'effet testé. Ce sont davantage, les valeurs des odds ratios qui indiquent la force des associations : plus l'odds ratio est éloigné de la valeur 1, plus l'association est forte. L'ajustement sur l'ensemble des autres facteurs permet de mesurer l'association entre l'événement et chaque facteur, « toutes choses égales par ailleurs » c'est-à-dire en réduisant les potentiels effets de confusion des autres facteurs, dès lors qu'ils sont présents dans le modèle.

Lecture : Ajustée sur l'âge, le genre, le régime d'assurance maladie, le bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS, le niveau d'accessibilité au CD libéral de la commune, le fait d'être en ALD, d'être en situation de polymédication en 2016, d'avoir été hospitalisé en 2016, l'association entre le fait de ne pas avoir de recours bucco-dentaire en trois ans et le niveau de défavorisation sociale de la commune de résidence persiste, chez les Ligériens de 55 à 74 ans, avec des odds ratios ajustés allant de 1,19 [1,16 ; 1,21] (2<sup>ème</sup> quintile) à 1,66 [1,62 ; 1,69] (5<sup>ème</sup> quintile) comparés au 1<sup>er</sup> quintile (1=ref). Comme attendu, plus la commune de résidence est défavorisée socialement, plus le risque de ne pas avoir de recours est élevé.

## 2. Chez les personnes âgées de 75 ans et plus

**Chez les 75 ans et plus, les principaux facteurs associés au non recours au moins trois années consécutives sont l'âge, le niveau social, le régime d'assurance maladie et le fait de résider ou non en Ehpad**

Chez les personnes de plus de 75 ans, les analyses multivariées mettent en évidence que l'âge est le facteur le plus associé au risque de ne pas avoir de recours au cabinet dentaire au moins 3 années consécutives. Plus l'âge augmente, plus le risque de ne pas avoir de recours augmente, avec notamment un  $OR_{France}=2,46$  chez les personnes âgées de 90 à 94 ans et de 3,82 chez celles âgées de plus de 95 ans, comparés aux personnes âgées de 75 à 79 ans (Fig23). Néanmoins, il est probable que ces odds ratios soient surestimés du fait de la part non négligeable aux âges élevés, de personnes en réalité décédées et qui sont comptabilisées à tort comme n'ayant pas eu de recours. Il existe, en effet, un défaut d'enregistrement du décès dans les bases du SNDS de 5 à 8%.

Le fait de résider en Ehpad est également très fortement associé au non recours, avec un  $OR_{France}$  égal à 1,45 chez les personnes nouvellement en Ehpad et qui s'élève à 2,53 chez celles arrivées en Ehpad en 2015 ou avant, comparés aux personnes vivant à leur domicile. Cette augmentation du risque de non recours au cabinet dentaire chez les résidents en Ehpad s'explique par leur plus grand

degré de dépendance mais aussi par un éloignement à leur chirurgien-dentiste habituel du fait du déménagement dans l'Ehpad.

De manière similaire aux personnes âgées de 55 à 74 ans, sont également associés au non recours : le fait de bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS ( $OR_{France}=1,71$ ), d'être domiciliée dans une commune défavorisée ( $OR_{France}=1,61$  par rapport aux communes les plus favorisées), d'être affilié à la MSA ( $OR_{France}=1,93$  par rapport aux personnes affiliées à SLM) ou aux autres régimes ( $OR_{France}=1,43$  à  $1,49$  pour les régimes général RSI ou autres par rapport aux personnes affiliées à SLM).

Le genre n'est pas associé au non recours : toutes choses étant égales par ailleurs, les hommes et les femmes ont le même risque de non recours au cabinet dentaire sur 3 ans.

Les associations entre les variables d'état de santé et le non recours sont assez faibles mais ne vont pas dans le même sens. Ainsi, la prise en charge pour une ALD augmente le risque de ne pas avoir eu de recours au cabinet dentaire ( $OR_{France}=1,18$ ) alors qu'une situation de polymédication le réduit ( $OR_{France}=0,94$ ). Enfin, une hospitalisation en 2016 n'est pas associée au risque de ne pas avoir de recours entre 2016 et 2018.

Des associations similaires sont retrouvées chez les personnes résidant en Pays de la Loire (Fig23).

**Fig23. Modèle explicatif multivarié du non recours au cabinet dentaire sur une période de trois années consécutives, chez les personnes âgées de 75 ans et plus**  
France, Pays de la Loire (2016-2018)

Personnes de 75 ans et plus		France			p	Pays de la Loire			p
		OR	IC(95%)			OR	IC(95%)		
Facteurs			inf	sup		inf	sup		
Age atteint en 2017	75 - 79 ans	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	80 - 84 ans	1,25	1,25	1,26		1,26	1,23	1,28	
	85 - 89 ans	1,73	1,72	1,73		1,78	1,75	1,81	
	90 - 94 ans	2,46	2,44	2,47		2,51	2,45	2,57	
	95 ans et +	3,82	3,79	3,86		3,98	3,83	4,14	
Genre	Homme	1 (ref.)			0,3593	1 (ref.)			<,0001
	Femme	0,998	0,995	1,002		1,04	1,02	1,05	
Régime d'assurance maladie obligatoire en 2017	MSA	1,93	1,92	1,95	<,0001	1,83	1,77	1,88	<,0001
	RSI	1,59	1,58	1,61		1,54	1,49	1,60	
	RG	1,54	1,53	1,55		1,44	1,40	1,48	
	SLM	1 (ref.)				1 (ref.)			
	Autres	1,43	1,41	1,44		1,23	1,17	1,29	
Bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS en 2017	non	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	oui	1,71	1,69	1,72		1,67	1,59	1,76	
Niveau de défavorisation sociale de la commune de résidence (indice Fdep 2013)	Q1 (très favorisé)	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	Q2	1,14	1,13	1,14		1,13	1,09	1,16	
	Q3	1,25	1,25	1,26		1,30	1,26	1,34	
	Q4	1,37	1,36	1,37		1,31	1,27	1,35	
	Q5 (très défavorisé)	1,61	1,60	1,61		1,60	1,56	1,65	
Prise en charge au titre d'une ALD en 2017	non	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	oui	1,18	1,18	1,19		1,25	1,23	1,26	
En situation de polymédication en 2016	non	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	oui	0,94	0,94	0,95		0,90	0,88	0,92	
Au moins une nuitée en hospitalisation MCO, en 2016	non	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			0,0178
	oui	1,01	1,01	1,02		1,02	1,00	1,04	
Résidence en Ehpad (au moins une journée en 2017)	non	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	Oui entrée en 2016 ou 2017	1,45	1,44	1,46		1,38	1,33	1,42	
	Oui entrée en 2015 ou avant	2,53	2,51	2,56		2,45	2,38	2,52	
Niveau d'accessibilité au CD libéral de la commune de résidence, (indice APL 2013)	Q5 (très élevé)	1 (ref.)			<,0001	1 (ref.)			<,0001
	Q4	1,10	1,10	1,11		1,11	1,08	1,13	
	Q3	1,20	1,20	1,21		1,15	1,12	1,18	
	Q2	1,32	1,32	1,33		1,20	1,17	1,22	
	Q1 (très faible)	1,42	1,42	1,43		1,47	1,44	1,50	

Méthode : régression logistique multivariée. L'événement à expliquer est le fait de n'avoir eu aucun recours au cabinet dentaire au cours des trois années 2016 à 2018. Les facteurs explicatifs potentiels sont l'ensemble des variables présentées dans le tableau. Les odds ratios présentés ici avec leurs intervalles de confiance au risque alpha de 5% mesure l'association entre chaque facteur et l'événement, ajustée sur l'ensemble des autres facteurs présents dans le modèle. L'ensemble des associations sont fortement significatives avec des p\_value <  $10^{-3}$  qui reflètent davantage l'effet de la taille de la population que l'effet testé. Ce sont davantage, les valeurs des odds ratios qui indiquent la force des associations : plus l'odds ratio est éloigné de la valeur 1, plus l'association est forte. L'ajustement sur l'ensemble des autres facteurs permet de mesurer l'association entre l'événement et chaque facteur, « toutes choses égales par ailleurs » c'est-à-dire en réduisant les potentiels effets de confusion des autres facteurs, dès lors qu'ils sont présents dans le modèle.

Lecture : Malgré l'ajustement sur l'âge, les caractéristiques sociales, d'état de santé et le niveau d'accessibilité au CD libéral, l'association entre le fait de ne pas avoir de recours bucco-dentaire en trois ans et le fait de résider en Ehpad est très fortement significative, chez les personnes de 75 ans et plus, avec un odds ratios égal à 1,45 chez les personnes nouvellement en Ehpad et qui s'élève à 2,53 chez celles arrivées en ehpad en 2015 ou avant, comparés aux personnes vivant à leur domicile (ref=1).

## II. Recours annuel par type de prestations

### FAITS MARQUANTS

Les taux de recours au cabinet dentaire des Ligériens âgés de 55 ans et plus, quel que soit le lieu de ce recours (cabinet de ville libéral, centre mutualiste ou centre de santé dentaire, consultation externe), sont en 2017 de 27 % pour le détartrage, 24 % pour les actes de radiologie et pour les soins de reconstitution des dents, 10 % pour la chirurgie, 8 % pour la pose de prothèse fixe et 7 % pour la pose ou réparation de prothèse amovible.

D'une manière générale, les taux de recours tendent à diminuer après 65 ans et sont très faibles après 90 ans. Toutefois, pour les actes de chirurgie et pour la pose ou réparation de prothèse amovible, les taux atteignent un pic à l'âge de 80 ans (autour de 11 % en Pays de la Loire), puis décroissent ensuite.

Les taux de recours annuels des Ligériens sont globalement supérieurs ou équivalents à la moyenne nationale pour ces différents types de soins. Ce constat masque toutefois de grandes disparités selon les départements. Les taux de recours au détartrage, à la radiologie et aux soins de reconstitution des dents, sont ainsi nettement supérieurs aux taux moyens français en Loire-Atlantique, Maine-et-Loire et Vendée et, à l'inverse, nettement inférieurs au niveau national en Mayenne et en Sarthe.

Les taux de recours varient de façon importante selon les caractéristiques des personnes. Les femmes ont plus souvent recours au détartrage que les hommes dans la région (30 % *vs* 25 %), comme en France (27 % *vs* 22 %) ; pour les autres soins, les taux de recours sont assez similaires selon le genre, au niveau régional et au niveau national.

Pour la plupart des soins étudiés, il existe également de grandes variations de recours selon le milieu social, apprécié dans cette étude par le type de régime d'assurance maladie obligatoire (régime général, mutualité sociale agricole MSA, sections locales mutualistes SLM, ...), le bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS ou encore l'indice de défavorisation sociale de la commune de résidence (indice Fdep 2013).

Malgré une bonne prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, le détartrage et la radiologie dentaire sont des actes pour lesquels les écarts de taux de recours selon les caractéristiques sociales des personnes sont très prononcés. Par exemple pour le détartrage, le taux de recours annuel atteint 35 % chez les personnes affiliées à une SLM et n'est que de 22 % chez les bénéficiaires de la MSA, à structure par âge équivalente.

Les taux de recours annuels aux soins de reconstitution des dents et à la pose de prothèse fixe divergent également fortement selon le milieu social, avec des écarts très prononcés selon le niveau de l'indice de défavorisation Fdep (respectivement + 7 points et + 3,5 points de plus pour les résidents des communes les plus favorisées par rapport à ceux de communes les plus défavorisées).

A l'inverse, la pose ou réparation de prothèse amovible apparaît plus fréquente parmi les personnes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS que pour celles qui ne sont pas dans ce cas (8,5 % *vs* 6,6 %).

Les taux de recours aux actes de chirurgie présentent, quant à eux, peu de variabilité selon les indicateurs sociaux.

L'analyse de ces taux de recours annuel selon l'état de santé des personnes, apprécié dans cette étude par les indicateurs de prise en charge pour une affection de longue durée, de situation de polymédication ou d'hospitalisation dans l'année, montre des résultats similaires à ceux observés selon le milieu social, avec toutefois des écarts moins marqués.

Les personnes en moins bon état de santé ont moins souvent recours au détartrage (- 3 à 6 points selon les indicateurs), aux actes de radiologie (- 2 à 3 points), aux soins de reconstitution de dents (- 2 à 3 points) ou à la pose de prothèse fixe (-1 à 2 points).

Elles ont, à l'inverse, légèrement plus souvent recours dans l'année à un acte de chirurgie dentaire (+ 0,5 à 1 point) ou à une pose de prothèse amovible (+ 1 à 2 points).

## A. Recours annuel au détartrage

Dans ce chapitre, le taux de recours annuel au détartrage est calculé sur la période allant du 01 janvier 2017 au 31 décembre 2017. Les détartrages pris en compte sont ceux effectués en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé. La liste des codes est donnée en annexe A3 (Codes et algorithmes d'identification des prestations) à la fin de rapport.

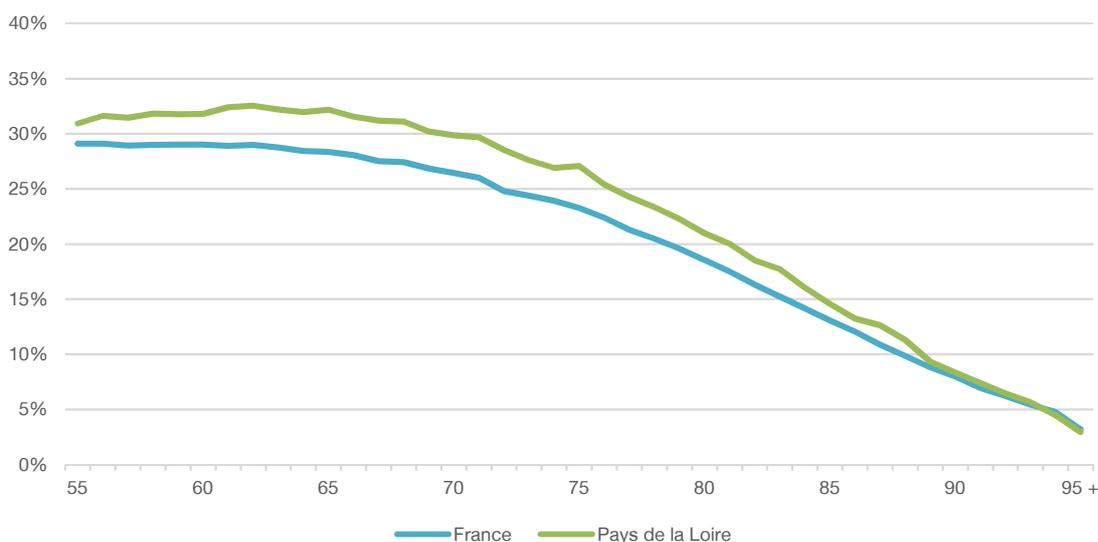
### Un taux de recours au détartrage en net recul à partir de 70 ans

27 % des Ligériens âgés de 55 ans et plus ont bénéficié d'au moins un détartrage réalisé en ville (cabinet de ville libéral, centre de santé ou centre mutualiste, consultation externe hospitalière) en 2017 <sup>6</sup>.

Cette proportion, légèrement supérieure à 30 % chez les personnes âgées de 55 ans, augmente très légèrement entre 55 et 65 ans. Ensuite, elle décroît de façon continue avec l'âge, et notamment à partir de 70 ans, avoisinant 20 % à 80 ans et moins de 10 % à 90 ans (Fig24). Pourtant avec l'âge, la présence de tartre est plus importante. Le détartrage participe à la préservation des dents et des piliers de prothèses ou supports d'appareils.

En France, le taux de recours suit la même tendance évolutive avec l'âge, mais il reste toujours inférieur à celui observé dans les Pays de la Loire, hormis après 90 ans où il est comparable (Fig24).

**Fig24. Taux de recours annuel au détartrage selon l'âge, chez les personnes âgées de 55 ans et plus**  
France, Pays de la Loire (2017)



Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au détartrage réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladies.

Lecture : en Pays de la Loire, le taux de recours annuel au détartrage est stable entre 55 et 70 ans, entre 30 % et 32 %. Il diminue fortement à partir de 70 ans.

<sup>6</sup> D'après les résultats du Baromètre santé 2014, 54,9 % des consultants mentionnent un détartrage lors de la dernière visite [1]

## Un taux de recours des Ligériens supérieur à la moyenne nationale, mais une situation plus défavorable en Mayenne et en Sarthe

A structure par âge comparable, le taux annuel de recours au détartrage est globalement supérieur dans les Pays de la Loire par rapport au niveau national (27,1 % vs 24,3 %, Fig25).

L'analyse des taux standardisés par département retrouve les écarts importants constatés pour les taux globaux de recours, avec une situation nettement plus défavorable en Mayenne et en Sarthe, pour lesquels les taux de recours au détartrage sont inférieurs à la moyenne nationale dans toutes les classes d'âge (Fig25).

**Fig25. Effectif et proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un détartrage en 2017 selon l'âge**  
France, Pays de la Loire, Départements (2017)

	France		Pays de la Loire	
	N	%	N	%
55-64 ans	2 486 224	28,9%	150 750	31,8%
65-74 ans	1 901 010	26,6%	123 155	30,2%
75-84 ans	795 192	19,1%	51 715	21,7%
85 ans et plus	220 113	8,9%	14 304	9,6%
<b>55 ans et plus</b>	<b>taux bruts</b>	<b>24,1%</b>	<b>339 924</b>	<b>26,8%</b>
	<b>taux standardisés<sup>1</sup></b>	<b>24,3%</b>		<b>27,1%</b>

	Loire-Atlantique		Maine-et-Loire		Mayenne		Sarthe		Vendée	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
55-64 ans	58 404	34,7%	32 148	32,1%	10 422	26,4%	20 291	27,5%	29 485	32,2%
65-74 ans	46 742	33,2%	25 677	31,0%	7 628	23,0%	15 778	25,1%	27 330	30,9%
75-84 ans	19 741	25,3%	11 166	22,5%	3 044	14,3%	6 618	17,1%	11 146	22,1%
85 ans et plus	5 766	12,2%	3 243	10,0%	744	5,2%	1 728	7,0%	2 823	9,6%
<b>55 ans et plus</b>	<b>taux bruts</b>	<b>30,1%</b>	<b>27,2%</b>	<b>20,2%</b>	<b>22,2%</b>	<b>27,2%</b>				
	<b>taux standardisés<sup>1</sup></b>	<b>30,2%</b>	<b>27,7%</b>	<b>20,9%</b>	<b>22,7%</b>	<b>27,6%</b>				

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au détartrage réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en 2017, près de 131 000 personnes âgées de 55 ans et plus, résidant en Loire-Atlantique, ont eu au moins un recours au détartrage dans l'année. A structure par âge comparable, le taux de recours en Loire-Atlantique est supérieur au taux national (30,2 % versus 24,3 %).

## Un recours au détartrage annuel moins fréquent pour les hommes, les personnes des groupes sociaux les moins favorisés, en moins bonne santé ou vivant en Ehpad

Les hommes ont sensiblement moins recours au détartrage que les femmes avec un écart de 5 points trouvé en Pays de la Loire, comme au niveau national (Fig26).

A structure par âge équivalente, les bénéficiaires de la MSA ont un taux de recours au détartrage particulièrement faible (21,9 % en région des Pays de la Loire et 18,8 % en France) comparé à ceux des autres régimes. A contrario, les taux de recours sont les plus élevés pour les bénéficiaires d'une SLM (34,9 % dans la région et 31,7 % en France) (Fig26).

Un très fort gradient social de recours au détartrage est retrouvé avec un taux de recours qui diminue à mesure que le niveau de défavorisation sociale augmente : de 34 % pour les Ligériens habitant dans les communes socialement très favorisées jusqu'à seulement 22 % dans les communes les moins favorisées. Un gradient de même ampleur est retrouvé au niveau national (de 30 % à 20 %). Le même écart (environ 10 points) est constaté entre les taux de recours des personnes bénéficiant de la CMUC ou de l'ACS et celui des personnes qui n'en bénéficient pas (Fig26).

Les personnes prises en charge pour une ALD, celles ayant eu une hospitalisation d'au moins une nuit dans l'année ou encore celles en situation de polymédication ont eu un recours au détartrage moindre que les autres personnes avec des écarts de 3 à 6 points en France et dans la région (Fig26).

Parmi les personnes de 75 ans et plus, celles résidant dans un Ehpad ont nettement moins recours au détartrage que les personnes vivant à leur domicile. Le recours au détartrage au cours de l'année

2017 est quasiment inexistant chez les personnes arrivées dans l'établissement en 2015 ou avant (autour de 4 % en Pays de la Loire comme en France **Fig26**).

**Fig26. Effectif et proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un détartrage en 2017 selon les caractéristiques sociales et de santé, France, Pays de la Loire (2017)**

Caractéristiques en 2017		France			Pays de la Loire		
		N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>
<b>Genre</b>	Homme	2 250 287	22,1%	21,7%	142 697	24,8%	24,5%
	Femme	3 152 252	25,9%	26,7%	197 227	28,4%	29,6%
<b>Régime d'assurance maladie</b>	MSA	238 783	15,8%	18,8%	25 025	18,0%	21,9%
	RSI	342 364	23,6%	23,5%	21 342	25,7%	25,8%
	RG	3 855 353	23,8%	23,7%	243 459	27,1%	27,0%
	SLM	794 397	31,9%	31,7%	40 207	35,4%	34,9%
	Autres	171 642	24,4%	26,6%	9 891	29,1%	31,2%
<b>Bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS</b>	non	5 168 513	24,5%	24,8%	331 527	27,1%	27,5%
	oui	234 026	18,9%	16,8%	8 397	19,0%	17,0%
<b>Indice de défavorisation sociale Fdép2013</b>	Q1 (très favorisé)	1 258 350	30,5%	30,4%	36 139	34,1%	33,9%
	Q2	1 107 469	26,7%	26,6%	78 636	31,3%	31,2%
	Q3	1 087 914	24,6%	24,8%	90 971	27,4%	27,8%
	Q4	986 734	21,4%	21,7%	83 771	25,2%	25,5%
	Q5 (très défavorisé)	864 170	19,1%	19,5%	48 371	20,3%	21,1%
<b>Prise en charge pour une ALD</b>	non	3 637 414	27,5%	26,3%	236 922	30,4%	29,2%
	oui	1 765 125	19,2%	21,2%	103 002	21,1%	23,5%
<b>Polymédication (en 2016)</b>	non	4 942 403	25,2%	24,8%	318 181	27,9%	27,6%
	oui	460 136	16,8%	19,9%	21 743	17,2%	21,0%
<b>Hospitalisation (au moins une nuitée en 2016)</b>	non	4 786 623	25,0%	24,7%	301 011	27,8%	27,6%
	oui	615 916	19,1%	21,6%	38 913	21,2%	24,2%
<b>Résidence en Ehpad (75 ans et plus)</b>	non	992 998	16,4%	16,4%	63 953	18,7%	18,7%
	oui, arrivée en 2016 ou 2017	12 197	5,4%	6,3%	1 088	6,7%	8,0%
	oui, arrivée en 2015 ou avant	10 110	2,9%	3,5%	978	3,5%	4,4%

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au détartrage réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladies.

Lecture : En région, à structure par âge équivalente, les personnes polymédiquées ont un taux de recours annuel au détartrage (21 %) plus faible que les autres (27,6 %)

## B. Recours annuel à la radiologie

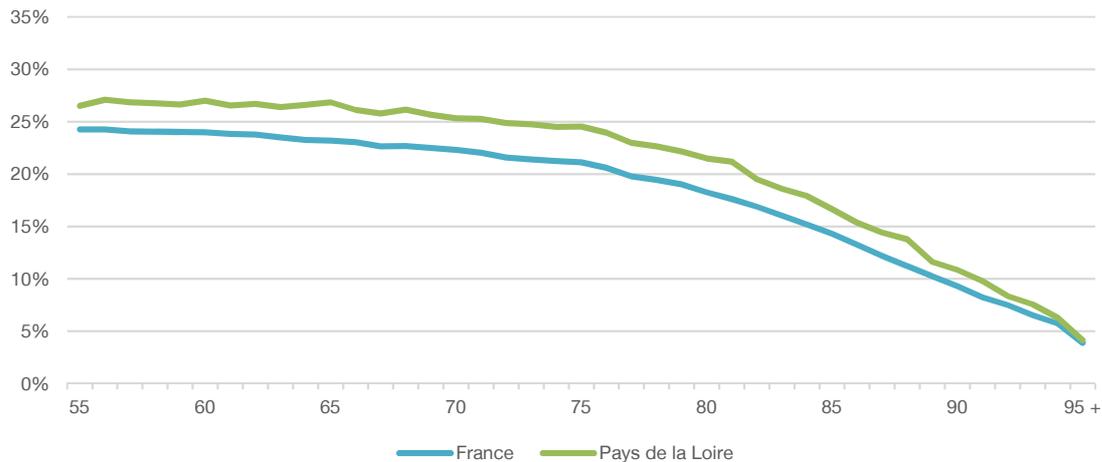
Dans ce chapitre, le taux de recours annuel à un acte de radiologie est calculé sur la période allant du 01 janvier 2017 au 31 décembre 2017. Les radiographies prises en compte sont celles effectuées et cotées en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé. Lorsqu'une simple radiographie de contrôle était faite au cours d'une consultation, c'est la consultation qui est cotée et non la radiographie. Les taux de recours présentés ne prennent donc en compte que les radiographies de contrôles multiples (au moins 3 au cours d'une même consultation) et les radiographies plus onéreuses (radiographies panoramiques notamment). La liste des codes est donnée en annexe A3 - Codes et algorithmes d'identification des prestations, à la fin de rapport.

### Un taux de recours qui commence à diminuer autour de 65 ans

Près de 24 % des Ligériens âgés de 55 ans et plus ont bénéficié d'au moins un acte de radiologie dentaire en 2017, réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues.

Cette proportion, stable entre 55 et 65 ans, décroît ensuite lentement jusqu'à 75 ans puis plus rapidement au-delà (**Fig27**). Pourtant avec l'âge, le nombre de dent dévitalisées et donc le nombre de prothèses fixées augmentent. Or sous ce type de traitement, des foyers infectieux peuvent se développer de façon chronique et sans signe évident extérieur. Seul un bilan radiologique peut dans ce cas objectiver les lésions silencieuses. Le recours à la radiologie dentaire devrait donc au contraire augmenter avec l'âge.

**Fig27. Taux de recours annuel à un acte de radiologie dentaire selon l'âge, chez les personnes âgées de 55 ans et plus**  
France, Pays de la Loire (2017)



Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à une radiologie dentaire réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladies.

Lecture : Chez les personnes âgées de 75 ans, le taux de recours à un acte de radiologie dentaire dans l'année est de près de 25 % en Pays de la Loire et de 21 % en France.

### Un taux de recours globalement supérieur à la moyenne nationale en Pays de la Loire, sauf en Mayenne et en Sarthe

En France, le taux de recours annuel à un acte de radiologie dentaire suit la même tendance évolutive avec l'âge, et il reste toujours inférieur à celui observé dans les Pays de la Loire (Fig28).

L'analyse des taux standardisés par département retrouve des taux de recours à un acte de radiologie supérieurs à la moyenne nationale, dans toutes les classes d'âges, en Loire-Atlantique, en Maine-et-Loire et en Vendée.

En Sarthe, les taux sont proches de la moyenne nationale, de même qu'en Mayenne, avant 75 ans, mais sont inférieurs au-delà dans ce département (Fig28).

**Fig28. Effectif et proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu une radiologie dentaire en 2017 selon l'âge**  
France, Pays de la Loire, Départements (2017)

	France		Pays de la Loire	
	N	%	N	%
55-64 ans	2 054 600	23,9%	126 450	26,7%
65-74 ans	1 597 534	22,4%	104 644	25,6%
75-84 ans	772 024	18,5%	51 424	21,6%
85 ans et plus	250 090	10,1%	17 316	11,7%
<b>55 ans et plus</b>	<b>taux bruts</b>	<b>20,9%</b>	<b>23,6%</b>	
	<b>taux standardisés<sup>1</sup></b>	<b>21,0%</b>	<b>23,9%</b>	

	Loire-Atlantique		Maine-et-Loire		Mayenne		Sarthe		Vendée	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
55-64 ans	47 610	28,3%	26 584	26,5%	9 623	24,4%	17 194	23,3%	25 439	27,8%
65-74 ans	38 459	27,3%	21 762	26,3%	7 211	21,8%	13 939	22,2%	23 273	26,3%
75-84 ans	18 251	23,4%	11 035	22,2%	3 546	16,7%	7 180	18,5%	11 412	22,6%
85 ans et plus	6 293	13,3%	3 996	12,3%	1 179	8,2%	2 344	9,4%	3 504	11,9%
<b>55 ans et plus</b>	<b>taux bruts</b>	<b>25,4%</b>	<b>23,9%</b>	<b>19,9%</b>	<b>20,3%</b>	<b>24,5%</b>				
	<b>taux standardisés<sup>1</sup></b>	<b>25,5%</b>	<b>24,2%</b>	<b>20,5%</b>	<b>20,7%</b>	<b>24,7%</b>				

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à une radiologie dentaire réalisée en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : près de 24 % des Ligériens de 55 ans et plus ont eu au moins un acte de radiologie au cours de l'année. A structure par âge comparable, cette proportion est supérieure à la moyenne nationale (21 %).

## En matière de radiologie dentaire, des recours sensiblement moins fréquents pour les personnes les moins favorisées socialement, pour celles en moins bonne santé et pour celles vivant en Ehpad

Le taux de recours à un acte de radiologie est légèrement plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, en Pays de la Loire (24,6 % vs 23,2 %) comme en France (21,9 % vs 20,1 %) (Fig29).

En Pays de la Loire, le taux de recours varie selon les régimes d'assurance-maladie. Les bénéficiaires des SLM ont le taux de recours le plus élevé (28,5 %) ; les bénéficiaires de la MSA ont le taux le plus faible (21,7 %), à structure par âge équivalente. Au niveau national, les mêmes différences sont retrouvées (Fig29).

L'analyse des taux de recours à un acte de radiologie dentaire selon le niveau de défavorisation sociale de la commune de résidence met en évidence, en Pays de la Loire, un gradient social de recours annuel à un acte de radiologie dentaire, avec pour les plus favorisés un taux de recours de 28 % contre 20 % pour les territoires les plus défavorisés. Ces inégalités sociales se retrouvent pour les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, dont le taux de recours dans la région est de 17 %, inférieur de 7 points à celui des non bénéficiaires de cette prestation (24 %). Un constat analogue est retrouvé au plan national.

Les personnes prises en charge pour une ALD, en situation de polymédication ou ayant été hospitalisées au moins une nuit dans l'année ont un taux de recours annuel à un acte de radiologie dentaire inférieur aux personnes n'ayant pas ces problèmes de santé. Les écarts sont, dans la région comme au niveau national, de 2 à 3 points (Fig29).

En Pays de la Loire, à structure par âge comparable, le taux de recours à un acte de radiologie dentaire en 2017 est de 19,4 % chez les personnes vivant à leur domicile alors qu'il est seulement de 9,3 % chez celles arrivées en Ehpad en 2016 ou 2017 et de 4,8 % chez celles vivant en Ehpad depuis plus longtemps. Des écarts aussi importants sont trouvés au niveau national.

**Fig29. Effectif et proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu une radiologie dentaire en 2017 selon les caractéristiques sociales et de santé**

France, Pays de la Loire (2017)

Caractéristiques en 2017		France			Pays de la Loire		
		N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>
Genre	Homme	2 073 747	20,4%	20,1%	134 774	23,5%	23,2%
	Femme	2 600 501	21,3%	21,9%	165 060	23,8%	24,6%
Régime d'assurance maladie	MSA	249 915	16,5%	18,9%	26 105	18,7%	21,7%
	RSI	316 650	21,9%	21,8%	20 232	24,4%	24,5%
	RG	3 314 792	20,4%	20,4%	212 130	23,6%	23,6%
	SLM	645 417	25,9%	25,8%	32 797	28,8%	28,5%
	Autres	147 474	20,9%	22,4%	8 570	25,2%	26,4%
Bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS	non	4 458 403	21,1%	21,3%	291 652	23,8%	24,1%
	oui	215 845	17,4%	15,8%	8 182	18,5%	17,1%
Indice de défavorisation sociale Fdep2013	Q1 (très favorisé)	1 033 763	25,1%	25,0%	29 744	28,1%	27,9%
	Q2	943 358	22,7%	22,7%	65 607	26,1%	26,1%
	Q3	939 063	21,3%	21,4%	79 649	24,0%	24,3%
	Q4	891 633	19,3%	19,5%	76 100	22,9%	23,2%
	Q5 (très défavorisé)	784 555	17,3%	17,6%	46 957	19,7%	20,3%
Prise en charge pour une ALD	non	3 027 829	22,9%	22,2%	200 969	25,8%	25,1%
	oui	1 646 419	18,0%	19,3%	98 865	20,3%	21,9%
Polymédication (en 2016)	non	4 212 786	21,5%	21,3%	276 713	24,2%	24,1%
	oui	461 462	16,9%	19,3%	23 121	18,3%	21,3%
Hospitalisation (au moins une nuitée en 2016)	non	4 092 762	21,4%	21,2%	262 456	24,2%	24,1%
	oui	581 486	18,1%	19,9%	37 378	20,3%	22,4%
Résidence en Ehpad (75 ans et plus)	non	998 058	16,4%	16,5%	66 238	19,3%	19,4%
	oui, arrivée en 2016 ou 2017	13 408	5,9%	6,6%	1 332	8,2%	9,3%
	oui, arrivée en 2015 ou avant	10 648	3,1%	3,5%	1 170	4,2%	4,8%

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à une radiologie dentaire réalisée en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : le taux de recours à un acte de radiologie en 2017 des personnes résidant en Ehpad depuis 2015 ou avant n'est que de 4,8 % alors qu'il est de 19,4 % chez celles vivant à leur domicile, en prenant en compte la structure par âge.

## C. Recours annuel à la chirurgie

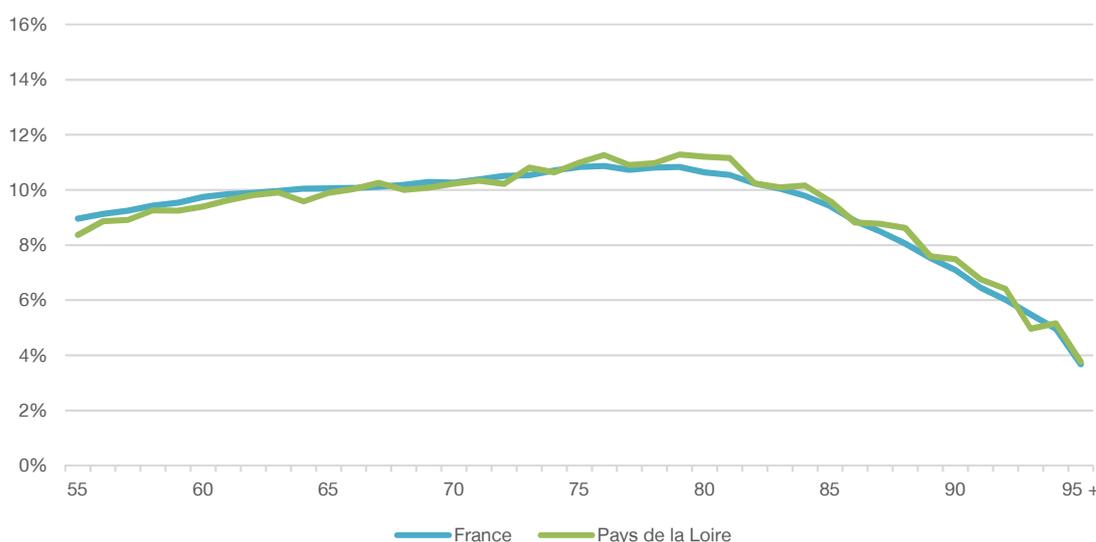
Dans ce chapitre, le taux de recours annuel à un acte de chirurgie dentaire est calculé sur la période allant du 01 janvier 2017 au 31 décembre 2017. Les chirurgies prises en compte sont celles effectuées en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé. La liste des codes est donnée en annexe A3 (Codes et algorithmes d'identification des prestations) à la fin de rapport.

### Un taux de recours à la chirurgie qui progresse légèrement jusqu'à 80 ans, puis diminue au-delà

Près de 10 % des Ligériens âgés de 55 ans et plus ont bénéficié d'au moins un acte de chirurgie dentaire réalisé en cabinet de ville en 2017 (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues.

Cette proportion croît légèrement de 55 à 80 ans, passant de 9 à 11 %. Au-delà, elle chute fortement pour n'être plus que de 4 % chez les 95 ans et plus (Fig30).

**Fig30. Taux de recours annuel à un acte de chirurgie dentaire selon l'âge, chez les personnes âgées de 55 ans et plus**  
France, Pays de la Loire (2017)



Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à un acte de chirurgie dentaire réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladies.

Lecture : le taux de recours à la chirurgie augmente avec l'âge jusqu'à atteindre son maximum (autour de 11 %) pour les personnes de 80 ans, puis il diminue fortement et descend sous les 5 % chez les personnes de 95 ans et plus.

### Un taux de recours comparable à la moyenne nationale en Pays de la Loire et dans les départements ligériens, sauf aux âges élevés où il est moindre en Mayenne et en Sarthe

En France, le taux de recours suit la même tendance évolutive avec l'âge, et il reste toujours proche de celui observé dans les Pays de la Loire (Fig31).

L'analyse des taux standardisés par département retrouve de moindres niveaux de recours en Mayenne entre 75 et 84 ans et plus nettement après 85 ans (Fig31).

**Fig31. Effectif et proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un acte de chirurgie dentaire en 2017 selon l'âge**

France, Pays de la Loire, Départements (2017)

	France		Pays de la Loire	
	N	%	N	%
55-64 ans	822 048	9,6%	43 967	9,3%
65-74 ans	734 065	10,3%	41 660	10,2%
75-84 ans	439 673	10,6%	25 832	10,8%
85 ans et plus	181 016	7,3%	11 076	7,5%
<b>55 ans et plus</b>	<b>taux bruts</b>	<b>9,7%</b>	<b>122 535</b>	<b>9,7%</b>
	<b>taux standardisés<sup>1</sup></b>	<b>9,8%</b>		<b>9,7%</b>

	Loire-Atlantique		Maine-et-Loire		Mayenne		Sarthe		Vendée	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
55-64 ans	15 097	9,0%	9 231	9,2%	3 806	9,7%	6 827	9,3%	9 006	9,8%
65-74 ans	14 336	10,2%	8 599	10,4%	3 188	9,6%	6 235	9,9%	9 302	10,5%
75-84 ans	8 466	10,8%	5 532	11,1%	1 984	9,3%	3 996	10,3%	5 854	11,6%
85 ans et plus	3 793	8,0%	2 581	8,0%	797	5,5%	1 656	6,7%	2 249	7,6%
<b>55 ans et plus</b>	<b>taux bruts</b>	<b>9,6%</b>	<b>25 943</b>	<b>9,8%</b>	<b>9 775</b>	<b>9,0%</b>	<b>18 714</b>	<b>9,4%</b>	<b>26 411</b>	<b>10,2%</b>
	<b>taux standardisés<sup>1</sup></b>	<b>9,6%</b>		<b>9,8%</b>	<b>9,2%</b>	<b>9,4%</b>	<b>10,2%</b>			

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à un acte de chirurgie dentaire réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : Les taux de recours à un acte de chirurgie chez les 55-64 ans oscillent entre 9,0 % et 9,8 % selon les départements ligériens

### En matière de chirurgie, des écarts peu marqués selon le genre et l'état de santé, mais des recours sensiblement moins fréquents pour les personnes vivant en Ehpad

Le taux de recours à au moins un acte de chirurgie dentaire est un peu plus élevé chez les hommes que chez les femmes en Pays de la Loire (10,1 % vs 9,4 %), comme au niveau national (Fig32).

Les taux de recours standardisés par âge sont très proches selon les régimes d'assurance maladie et selon le niveau social aux alentours de 10 % en Pays de la Loire et en France.

Les personnes prises en charge pour une ALD ou celles en situation de polymédication ont un taux de recours à un acte de chirurgie très légèrement supérieur à celui des autres personnes avec des écarts de moins d'un point en France et dans la région (Fig32).

Les différences les plus importantes concernent les personnes de 75 ans et plus : le taux de recours à un acte de chirurgie dentaire dans l'année est environ deux fois moins élevé chez les personnes résidant dans un Ehpad que chez celles vivant à leur domicile en Pays de la Loire comme au niveau national (5 % vs 10 %).

**Fig32. Effectif et proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un acte de chirurgie dentaire en 2017 selon les caractéristiques sociales et de santé**  
France, Pays de la Loire (2017)

Caractéristiques en 2017		France			Pays de la Loire		
		N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>
Genre	Homme	1 028 143	10,1%	10,1%	58 200	10,1%	10,1%
	Femme	1 148 659	9,4%	9,5%	64 335	9,3%	9,4%
Régime d'assurance maladie	MSA	131 760	8,7%	9,3%	11 858	8,5%	9,1%
	RSI	142 959	9,9%	10,0%	8 293	10,0%	10,1%
	RG	1 570 769	9,7%	9,7%	87 489	9,7%	9,8%
	SLM	262 433	10,5%	10,5%	11 522	10,1%	10,1%
	Autres	68 881	9,8%	10,0%	3 373	9,9%	9,9%
Bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS	non	2 051 985	9,7%	9,7%	118 158	9,7%	9,7%
	oui	124 817	10,1%	9,5%	4 377	9,9%	9,5%
Indice de défavorisation sociale Fdep2013	Q1 (très favorisé)	405 687	9,8%	9,9%	10 473	9,9%	9,9%
	Q2	418 734	10,1%	10,1%	23 886	9,5%	9,5%
	Q3	441 595	10,0%	10,0%	32 412	9,8%	9,8%
	Q4	451 839	9,8%	9,8%	33 000	9,9%	10,0%
	Q5 (très défavorisé)	420 435	9,3%	9,4%	22 083	9,2%	9,4%
Prise en charge pour une ALD	non	1 273 433	9,6%	9,7%	74 617	9,6%	9,6%
	oui	903 369	9,9%	10,2%	47 918	9,8%	10,1%
Polymédication (en 2016)	non	1 907 007	9,7%	9,7%	110 158	9,6%	9,7%
	oui	269 795	9,9%	10,5%	12 377	9,8%	10,7%
Hospitalisation (au moins une nuitée en 2016)	non	1 870 864	9,8%	9,8%	104 922	9,7%	9,7%
	oui	305 938	9,5%	9,9%	17 613	9,6%	9,9%
Résidence en Ehpad (75 ans et plus)	non	596 324	9,8%	9,8%	34 810	10,2%	10,2%
	oui, arrivée en 2016 ou 2017	12 337	5,4%	5,9%	1 010	6,2%	6,8%
	oui, arrivée en 2015 ou avant	12 028	3,5%	4,0%	1 088	3,9%	4,2%

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à un acte de chirurgie dentaire réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : En pays de la Loire, le taux de recours à un acte de chirurgie dentaire est de 10,7 % chez les personnes en situation de polymédication vs de 9,7 % chez les autres, à structure par âge comparable.

## D. Recours annuel aux soins de reconstitution des dents

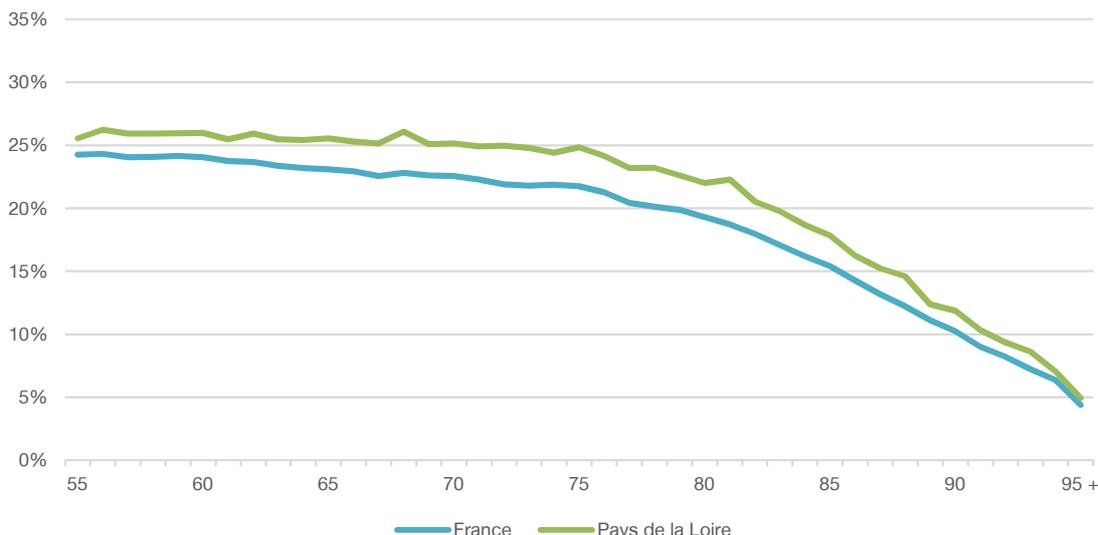
Dans ce chapitre, le taux de recours annuel à un soin de reconstitution des dents est calculé sur la période allant du 01 janvier 2017 au 31 décembre 2017. Les soins pris en compte sont ceux effectués en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé. La liste des codes est donnée en annexe A3 - Codes et algorithmes d'identification des prestations, à la fin de rapport.

### Un taux de recours relativement stable jusqu'à 75 ans, et qui baisse nettement au-delà

Près d'un quart des Ligériens âgés de 55 ans et plus ont bénéficié d'au moins un soin de reconstitution des dents en 2017, réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues.

En Pays de la Loire, cette proportion reste relativement stable autour de 25 % jusqu'à 75 ans, puis diminue à partir de cet âge. Au niveau national, le taux de recours baisse dès l'âge de 60 ans (Fig33).

**Fig33. Taux de recours annuel à un soin de reconstitution des dents selon l'âge, chez les personnes âgées de 55 ans et plus**  
France, Pays de la Loire (2017)



Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à un soin de reconstitution des dents réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladies.

Lecture : En France, le taux de recours à un soin de reconstitution des dents décroît avec l'âge, lentement entre 55 et 75 ans puis plus fortement au-delà de 75 ans.

### Un taux de recours régional globalement supérieur à la moyenne nationale, mais inférieur en Mayenne et en Sarthe

En France, le taux de recours à au moins un soin de reconstitution dentaire suit la même tendance évolutive avec l'âge, et il reste toujours inférieur à celui observé dans les Pays de la Loire (Fig34).

L'analyse des taux standardisés par département montre des résultats contrastés avec un taux de recours aux soins de reconstitution des dents nettement plus élevé en Loire-Atlantique comparé au niveau régional et national, mais de moindres niveaux de recours en Mayenne et en Sarthe. Dans ces deux départements les taux de recours sont comparables au niveau national chez les 55-74 ans mais sont inférieurs après 75 ans. (Fig34).

**Fig34. Effectif et proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un soin de reconstitution des dents en 2017 selon l'âge**

France, Pays de la Loire, Départements (2017)

		France		Pays de la Loire	
		N	%	N	%
55-64 ans		2 053 601	23,9%	122 068	25,8%
65-74 ans		1 607 538	22,5%	102 803	25,2%
75-84 ans		807 742	19,4%	52 916	22,2%
85 ans et plus		271 844	11,0%	18 641	12,6%
55 ans et plus	taux bruts	4 740 725	21,2%	296 428	23,4%
	taux standardisés <sup>1</sup>		21,3%		23,6%

		Loire-Atlantique		Maine-et-Loire		Mayenne		Sarthe		Vendée	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
55-64 ans		46 218	27,5%	25 984	25,9%	9 507	24,1%	16 577	22,5%	23 782	26,0%
65-74 ans		38 137	27,1%	21 458	25,9%	7 328	22,1%	13 573	21,6%	22 307	25,2%
75-84 ans		19 476	24,9%	11 588	23,3%	3 620	17,0%	6 808	17,6%	11 454	22,7%
85 ans et plus		7 056	14,9%	4 385	13,5%	1 230	8,5%	2 185	8,8%	3 785	12,8%
55 ans et plus	taux bruts	110 887	25,5%	63 385	23,9%	21 685	20,0%	39 143	19,6%	61 328	23,6%
	taux standardisés <sup>1</sup>		25,6%		24,2%		20,6%		19,9%		23,8%

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à un soin de reconstitution des dents réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : En Loire-Atlantique, 27,1 % des personnes âgées de 65 à 74 ans ont eu au moins un soin de reconstitution des dents en 2017, ce taux est nettement supérieur à la moyenne nationale qui est de 22,5 % pour cette classe d'âge.

## En matière de soins de reconstitution dentaire, des recours nettement plus fréquents pour les personnes affiliées à une SLM et nettement moins fréquents pour les personnes socialement défavorisées, ayant un moins bon état de santé et surtout pour celles vivant en Ehpad

Les taux de recours aux soins de reconstitution dentaire sont proches chez les femmes et chez les hommes (Fig35).

A structure par âge équivalente, les bénéficiaires d'une SLM ont un taux de recours aux soins de reconstitution dentaire supérieur d'environ 5 à 6 points comparé à ceux des autres régimes, en Pays de la Loire comme en France (Fig35).

Un très fort gradient social de recours est retrouvé avec un taux de recours qui diminue à mesure que le niveau de défavorisation sociale augmente : de 27 % pour les Ligériens habitant dans les communes socialement très favorisées jusqu'à seulement 20 % dans les communes les moins favorisées. Un gradient de même ampleur est retrouvé au niveau national (de 24 % à 18 %). Un écart de même ordre (6 à 7 points) est constaté entre les taux de recours des personnes bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS et les taux de celles qui n'en bénéficient pas.

Les personnes prises en charge pour une ALD, celles ayant eu une hospitalisation d'au moins une nuit dans l'année ou encore celles en situation de polymédication ont eu un recours aux soins de reconstitution dentaire moindre que les autres personnes avec des écarts de 1 à 3 points en France et dans la région (Fig35).

Chez les personnes de 75 ans et plus, celles résidant dans un Ehpad des Pays de la Loire ont nettement moins recours aux soins de reconstitution dentaire que les personnes vivant à leur domicile : entre 5 et 10 % selon l'ancienneté dans l'Ehpad alors que le taux dépasse les 20 % chez les personnes vivant à leur domicile. Ce constat se retrouve au niveau national.

**Fig35. Effectif et proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu au moins un soin de reconstitution des dents en 2017 selon les caractéristiques sociales et de santé**

Caractéristiques en 2017		France			Pays de la Loire		
		N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>
<b>Genre</b>	Homme	2 119 928	20,8%	20,6%	134 758	23,5%	23,3%
	Femme	2 620 797	21,5%	22,1%	161 670	23,3%	24,0%
<b>Régime d'assurance maladie</b>	MSA	265 491	17,6%	20,0%	27 232	19,5%	22,6%
	RSI	317 553	21,9%	21,9%	19 943	24,0%	24,2%
	RG	3 340 253	20,6%	20,6%	208 735	23,2%	23,2%
	SLM	664 151	26,7%	26,6%	32 170	28,3%	28,1%
	Autres	153 277	21,8%	23,2%	8 348	24,5%	25,7%
<b>Bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS</b>	non	4 527 855	21,4%	21,6%	288 583	23,6%	23,9%
	oui	212 870	17,2%	15,6%	7 845	17,7%	16,5%
<b>Indice de défavorisation sociale Fdep2013</b>	Q1 (très favorisé)	1 005 556	24,4%	24,4%	28 996	27,4%	27,3%
	Q2	947 182	22,8%	22,8%	64 528	25,7%	25,7%
	Q3	963 094	21,8%	22,0%	77 992	23,5%	23,7%
	Q4	920 733	19,9%	20,2%	76 038	22,9%	23,1%
	Q5 (très défavorisé)	817 496	18,1%	18,4%	47 036	19,7%	20,3%
<b>Prise en charge pour une ALD</b>	non	3 052 102	23,1%	22,5%	197 212	25,3%	24,8%
	oui	1 688 623	18,4%	19,7%	99 216	20,3%	21,7%
<b>Polymédication (en 2016)</b>	non	4 254 256	21,7%	21,5%	272 386	23,9%	23,8%
	oui	486 469	17,8%	20,1%	24 042	19,1%	21,7%
<b>Hospitalisation (au moins une nuitée en 2016)</b>	non	4 140 874	21,6%	21,5%	258 608	23,9%	23,8%
	oui	599 851	18,6%	20,3%	37 820	20,6%	22,4%
<b>Résidence en Ehpad (75 ans et plus)</b>	non	1 054 453	17,4%	17,4%	68 851	20,1%	20,1%
	oui, arrivée en 2016 ou 2017	13 893	6,1%	6,7%	1 394	8,6%	9,5%
	oui, arrivée en 2015 ou avant	11 240	3,3%	3,7%	1 312	4,7%	5,1%

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à un soin de reconstitution des dents réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : En Pays de la Loire, 16,5 % des personnes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS de 55 ans et plus ont eu au moins un soin de reconstitution des dents en 2017 vs 23,9 % des personnes non bénéficiaires, à structure par âge équivalente.

## E. Recours annuel aux prothèses fixes

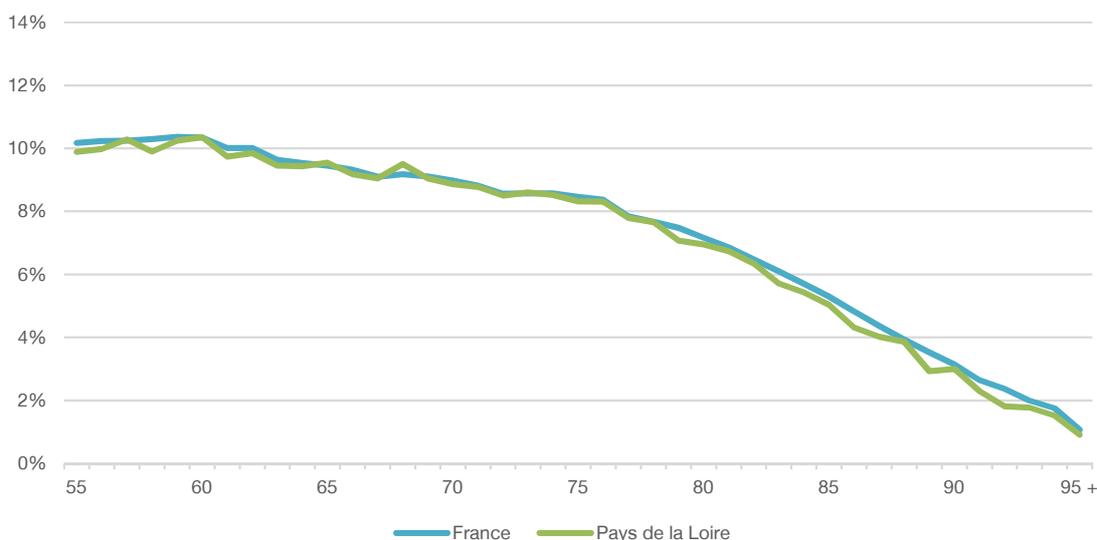
Dans ce chapitre, le taux de recours à une pose de prothèse fixe est calculé sur la période allant du 01 janvier 2017 au 31 décembre 2017. Les actes pris en compte sont ceux effectués en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé. La liste des codes est donnée en annexe A3 (Codes et algorithmes d'identification des prestations) à la fin de rapport.

### Un taux de recours annuel qui commence à diminuer avant 65 ans

8,3 % des Ligériens âgés de 55 ans et plus ont bénéficié d'une pose de prothèse fixe en 2017, réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues.

Cette proportion, stable entre 55 et 60 ans, décroît ensuite rapidement et de façon continue avec l'âge, passant d'environ 10% à 55 ans, 9 % à 65 ans, 8 % à 75 ans, 5 % à 85 ans et 1 % à 95 ans et plus (Fig36). L'âge augmentant, le nombre de dents absentes augmente et les prothèses fixes ne sont plus possibles à réaliser ; l'arcade dentaire est alors complétée avec une prothèse amovible.

**Fig36. Taux de recours annuel à une pose de prothèse fixe selon l'âge, chez les personnes âgées de 55 ans et plus**  
France, Pays de la Loire (2017)



Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à une pose de prothèse fixe réalisée en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladies.

Lecture : En Pays de la Loire comme en France, le taux annuel de recours à une pose de prothèse fixe diminue avec l'âge passant d'environ 10% à 55 ans, 9% à 65 ans, 8% à 75 ans, 5% à 85 ans et 1% à 95 ans et plus

### Un taux de recours globalement proche de la moyenne nationale en Pays de la Loire, mais inférieur en Mayenne et en Sarthe

En France, le taux de recours à une pose de prothèse fixe suit la même tendance évolutive avec l'âge, et il reste toujours proche de celui observé dans les Pays de la Loire (Fig37).

L'analyse des taux standardisés par département retrouve de moindres niveaux de recours en Mayenne et en Sarthe dans toutes les classes d'âge.

**Fig37. Effectif et proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu une pose de prothèse fixe en 2017 selon l'âge**  
France, Pays de la Loire, Départements (2017)

	France		Pays de la Loire		
	N	%	N	%	
55-64 ans	867 170	10,1%	46 927	9,9%	
65-74 ans	643 629	9,0%	36 794	9,0%	
75-84 ans	303 022	7,3%	16 840	7,1%	
85 ans et plus	86 860	3,5%	4 696	3,2%	
55 ans et plus	taux bruts	1 900 681	8,5%	105 257	8,3%
	taux standardisés <sup>1</sup>		8,6%		8,4%

	Loire-Atlantique		Maine-et-Loire		Mayenne		Sarthe		Vendée		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
55-64 ans	17 763	10,6%	9 970	9,9%	3 378	8,6%	6 220	8,4%	9 596	10,5%	
65-74 ans	13 678	9,7%	7 796	9,4%	2 346	7,1%	4 740	7,5%	8 234	9,3%	
75-84 ans	6 030	7,7%	3 788	7,6%	999	4,7%	2 184	5,6%	3 839	7,6%	
85 ans et plus	1 670	3,5%	1 154	3,6%	249	1,7%	619	2,5%	1 004	3,4%	
55 ans et plus	taux bruts	39 141	9,0%	22 708	8,6%	6 972	6,4%	13 763	6,9%	22 673	8,7%
	taux standardisés <sup>1</sup>		9,0%		8,7%		6,7%		7,0%		8,9%

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à une pose de prothèse fixe réalisée en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : le taux de recours à une pose de prothèse fixe des Mayennais est de 6,4 %. A structure par âge équivalente, la Mayenne est le département des Pays de la Loire où ce taux est le plus faible.

### En matière de prothèse fixe, des recours sensiblement moins fréquents pour les personnes socialement défavorisées et pour celles vivant en Ehpad

Les taux de recours annuel à une pose de prothèse fixe sont proches chez les femmes et chez les hommes (Fig38).

A structure par âge équivalente, les bénéficiaires d'une SLM ont un taux de recours à une pose de prothèse fixe légèrement supérieur à ceux des autres régimes, en Pays de la Loire. Les différences sont plus marquées au niveau national (Fig38)

Un fort gradient social est retrouvé, avec un taux de recours qui diminue à mesure que le niveau de défavorisation sociale augmente : de 10,5 % pour les Ligériens habitant dans les communes socialement très favorisées jusqu'à seulement 7 % dans les communes les moins favorisées. Un gradient un peu plus prononcé est retrouvé au niveau national (de 11,2 % à 6,6 %). De même, les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS ont un taux de recours plus faible que les autres.

Les personnes prises en charge pour une ALD, celles ayant eu une hospitalisation d'au moins une nuit dans l'année ou encore celles en situation de polymédication ont eu un recours à une pose de prothèse fixe légèrement inférieur à celui des autres personnes avec des écarts de 1 à 2 points en France et dans la région (Fig38).

Chez les personnes de 75 ans et plus, celles résidant dans un Ehpad des Pays de la Loire ont nettement moins recours aux prothèses fixes que les personnes vivant à leur domicile : entre 1 et 2 % selon l'ancienneté dans l'Ehpad alors que le taux dépasse les 6% chez les personnes vivant à leur domicile. Ce constat se retrouve au niveau national.

**Fig38. Effectif et proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu une pose de prothèse fixe en 2017 selon les caractéristiques sociales et d'état de santé**  
France, Pays de la Loire, (2017)

Caractéristiques en 2017		France			Pays de la Loire		
		N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>
Genre	Homme	849 573	8,3%	8,2%	47 722	8,3%	8,2%
	Femme	1 051 108	8,6%	8,9%	57 535	8,3%	8,6%
Régime d'assurance maladie	MSA	98 763	6,5%	7,7%	9 117	6,5%	8,0%
	RSI	134 104	9,3%	9,2%	7 365	8,9%	8,9%
	RG	1 328 148	8,2%	8,2%	73 622	8,2%	8,2%
	SLM	278 290	11,2%	11,1%	12 133	10,7%	10,5%
	Autres	61 376	8,7%	9,5%	3 020	8,9%	9,4%
Bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS	non	1 825 536	8,6%	8,7%	102 692	8,4%	8,5%
	oui	75 145	6,1%	5,3%	2 565	5,8%	5,2%
Indice de défavorisation sociale Fdep2013	Q1 (très favorisé)	462 823	11,2%	11,2%	11 195	10,6%	10,5%
	Q2	387 566	9,3%	9,3%	23 119	9,2%	9,2%
	Q3	374 951	8,5%	8,6%	27 746	8,4%	8,5%
	Q4	350 125	7,6%	7,7%	26 384	7,9%	8,1%
	Q5 (très défavorisé)	293 389	6,5%	6,6%	16 170	6,8%	7,0%
Prise en charge pour une ALD	non	1 280 846	9,7%	9,3%	73 081	9,4%	9,1%
	oui	619 835	6,8%	7,4%	32 176	6,6%	7,3%
Polymédication (en 2016)	non	1 734 498	8,8%	8,7%	98 184	8,6%	8,6%
	oui	166 183	6,1%	7,1%	7 073	5,6%	6,9%
Hospitalisation (au moins une nuitée en 2016)	non	1 675 982	8,8%	8,7%	92 934	8,6%	8,5%
	oui	224 699	7,0%	7,8%	12 323	6,7%	7,6%
Résidence en Ehpad (75 ans et plus)	non	383 702	6,3%	6,3%	20 987	6,1%	6,1%
	oui, arrivée en 2016 ou 2017	3 664	1,6%	1,8%	300	1,8%	2,1%
	oui, arrivée en 2015 ou avant	2 516	0,7%	0,9%	249	0,9%	1,0%

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à une pose de prothèse fixe réalisée en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : En pays de la Loire, le taux de recours à une pose de prothèse fixe est de 5,2 % chez les personnes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS vs 8,5 % chez les autres, à structure par âge comparable

## F. Recours annuel aux prothèses amovibles

Dans ce chapitre, le taux de recours à une pose ou une réparation de prothèse amovible est calculé sur la période allant du 01 janvier 2017 au 31 décembre 2017. Les actes pris en compte sont ceux effectués en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), quelle que soit la spécialité du professionnel de santé. La liste des codes est donnée en annexe A3 - Codes et algorithmes d'identification des prestations, à la fin de rapport.

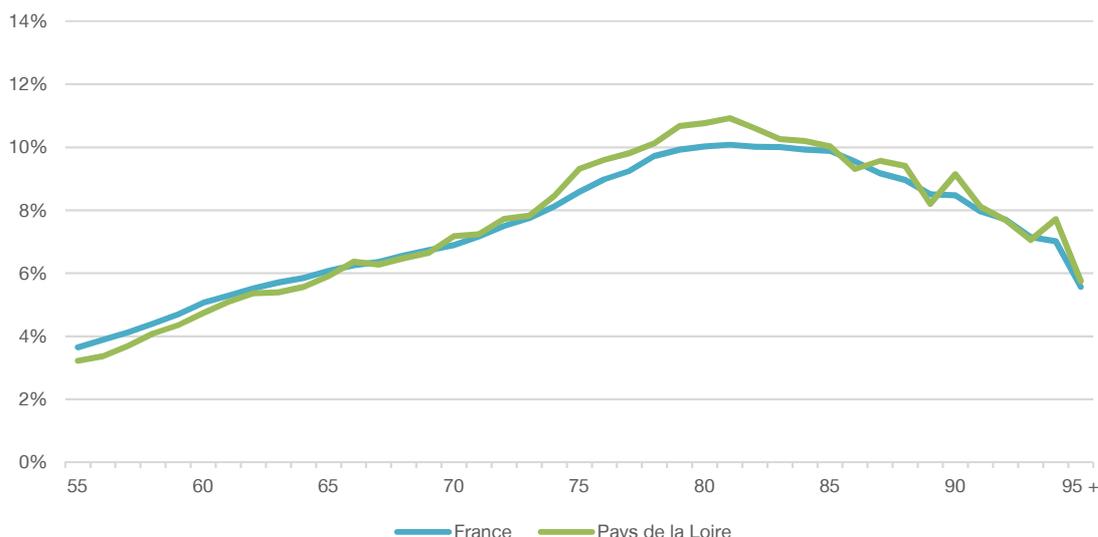
### Un taux de recours qui augmente entre 55 et 80 ans, puis diminue au-delà

Près de 7 % des Ligériens âgés de 55 ans et plus ont bénéficié d'une pose ou d'une réparation de prothèse amovible en 2017, réalisé en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues.

Cette proportion, inférieure à 4 % autour de 55 ans, progresse régulièrement avec l'âge jusqu'à 80 ans où elle est maximale autour de 11%, puis décroît au-delà (Fig39).

**Fig39. Taux de recours annuel à une pose de prothèse amovible selon l'âge, chez les personnes âgées de 55 ans et plus**

France, Pays de la Loire (2017)



Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à une pose de prothèse amovible réalisée en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladies.

Lecture : le taux annuel de recours à une pose ou une réparation de prothèse dentaire amovible est maximal vers l'âge de 80 ans atteignant 11 % en Pays de la Loire et 10 % au niveau national

### Un taux de recours globalement proche de la moyenne nationale en Pays de la Loire, et qui varie assez peu selon les départements

En France, le taux de recours à une pose ou à une réparation de prothèse amovible suit la même tendance évolutive avec l'âge, et il reste toujours proche de celui observé dans les Pays de la Loire avec des taux légèrement supérieurs à ceux des Pays de la Loire avant 65 ans puis légèrement inférieurs entre 75 ans et 85 ans.

L'analyse des taux standardisés par département montre relativement peu d'écart avec des taux légèrement inférieurs en Loire-Atlantique et en Sarthe (6,5 %) et légèrement supérieurs en Vendée (7,3%) (Fig40).

**Fig40. Effectif et proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu une pose de prothèse amovible en 2017 selon l'âge**

France, Pays de la Loire, Départements (2017)

	France		Pays de la Loire	
	N	%	N	%
55-64 ans	411 747	4,8%	21 170	4,5%
65-74 ans	488 400	6,8%	28 066	6,9%
75-84 ans	400 914	9,6%	24 357	10,2%
85 ans et plus	208 588	8,4%	12 721	8,6%
55 ans et plus	taux bruts		1 509 649	6,7%
	taux standardisés <sup>1</sup>		1 509 649	6,7%

	Loire-Atlantique		Maine-et-Loire		Mayenne		Sarthe		Vendée			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
55-64 ans	7 142	4,2%	4 446	4,4%	1 792	4,5%	3 292	4,5%	4 498	4,9%		
65-74 ans	9 165	6,5%	5 787	7,0%	2 342	7,1%	4 267	6,8%	6 505	7,4%		
75-84 ans	7 600	9,7%	5 269	10,6%	2 122	10,0%	3 777	9,8%	5 589	11,1%		
85 ans et plus	4 224	8,9%	2 976	9,2%	1 048	7,3%	1 850	7,5%	2 623	8,9%		
55 ans et plus	taux bruts		28 131	6,5%	18 478	7,0%	7 304	6,8%	13 186	6,6%	19 215	7,4%
	taux standardisés <sup>1</sup>		28 131	6,5%	18 478	6,9%	7 304	6,7%	13 186	6,5%	19 215	7,3%

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à une pose de prothèse amovible réalisée en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : Parmi les départements ligériens, la Vendée est le département où le taux annuel de recours à une prothèse amovible est le plus élevé (7,3 %), à structure par âge comparable.

## Des recours aux prothèses amovibles un peu plus fréquents parmi les populations les moins favorisées socialement ou en moins bon état de santé, mais plus rares chez les résidents en Ehpad

Les taux de recours aux prothèses amovibles sont proches chez les femmes et chez les hommes (Fig41).

A structure par âge équivalente, les personnes affiliées à une SLM ou au RSI ont un taux de recours aux prothèses amovibles légèrement inférieur à ceux des autres régimes, en Pays de la Loire comme au niveau national (Fig41)

Un léger gradient social de recours est retrouvé, mais dans un sens inverse par rapport aux autres types de recours, puisque le taux de recours aux prothèses amovibles augmente à mesure que le niveau de défavorisation sociale augmente : de 6 % pour les Ligériens habitant dans les communes socialement très favorisées jusqu'à 7% dans les communes les plus défavorisées. Un gradient un peu plus prononcé est retrouvé au niveau national (de 5,6 % à 7,2 %). De même, les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS ont un taux de recours plus élevé que les autres 8,5 % vs 6,6 % en Pays de la Loire et 9,3 % vs 6,5 % en France (Fig41). Les personnes précaires ont un moindre recours aux prothèses fixes (cf. partie 2.E) pour remplacer les dents absentes du fait de leur coût important et par conséquent recourent davantage aux prothèses amovibles, mieux prises en charge par l'assurance maladie, lorsque le nombre de dents absentes devient trop important.

Les personnes prises en charge pour une ALD, celles ayant eu une hospitalisation d'au moins une nuit dans l'année ou encore celles en situation de polymédication ont eu un recours à une pose de prothèse amovible supérieur à celui des autres personnes avec des écarts de 1 à 2 points en France et dans la région (Fig41).

Chez les personnes de 75 ans et plus, celles résidant dans un Ehpad des Pays de la Loire ont moins recours aux prothèses amovibles que les personnes vivant à leur domicile : entre 4,7 et 7,6 % selon l'ancienneté dans l'Ehpad alors que le taux dépasse les 10 % chez les personnes vivant à leur domicile. Ce constat se retrouve au niveau national.

**Fig41. Effectif et proportion de personnes âgées de 55 ans et plus ayant eu une pose de prothèse amovible en 2017 selon les caractéristiques sociales et l'état de santé**

France, Pays de la Loire, (2017)

Caractéristiques en 2017		France			Pays de la Loire		
		N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>
<b>Genre</b>	Homme	678 116	6,7%	6,8%	38 074	6,6%	6,7%
	Femme	831 533	6,8%	6,7%	48 240	7,0%	6,8%
<b>Régime d'assurance maladie</b>	MSA	116 943	7,7%	7,2%	10 658	7,7%	6,9%
	RSI	83 466	5,8%	6,0%	5 011	6,0%	6,1%
	RG	1 098 730	6,8%	6,8%	61 283	6,8%	6,9%
	SLM	158 636	6,4%	6,3%	6 947	6,1%	6,1%
	Autres	51 874	7,4%	6,9%	2 415	7,1%	6,6%
<b>Bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS</b>	non	1 392 760	6,6%	6,5%	82 644	6,8%	6,6%
	oui	116 889	9,4%	9,3%	3 670	8,3%	8,5%
<b>Indice de défavorisation sociale Fdep2013</b>	Q1 (très favorisé)	226 619	5,5%	5,6%	6 266	5,9%	6,0%
	Q2	278 638	6,7%	6,8%	15 982	6,4%	6,4%
	Q3	314 490	7,1%	7,1%	22 854	6,9%	6,8%
	Q4	337 131	7,3%	7,2%	23 676	7,1%	7,1%
	Q5 (très défavorisé)	326 361	7,2%	7,2%	17 068	7,1%	7,0%
<b>Prise en charge pour une ALD</b>	non	776 255	5,9%	6,3%	47 260	6,1%	6,5%
	oui	733 394	8,0%	7,6%	39 054	8,0%	7,5%
<b>Polymédication (en 2016)</b>	non	1 260 328	6,4%	6,5%	74 609	6,5%	6,6%
	oui	249 321	9,1%	8,7%	11 705	9,3%	8,6%
<b>Hospitalisation (au moins une nuitée en 2016)</b>	non	1 251 453	6,5%	6,6%	71 337	6,6%	6,6%
	oui	258 196	8,0%	7,6%	14 977	8,1%	7,6%
<b>Résidence en Ehpad (75 ans et plus)</b>	non	579 610	9,6%	9,6%	34 548	10,1%	10,1%
	oui, arrivée en 2016 ou 2017	15 583	6,9%	6,7%	1 211	7,4%	7,6%
	oui, arrivée en 2015 ou avant	14 309	4,1%	4,2%	1 319	4,7%	4,7%

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 55-64 ans / 65-74 ans / 75-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours à une pose de prothèse amovible réalisée en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Personnes âgées de 55 ans et plus au 31/12/2017, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : En Pays de la Loire, 8,6 % des personnes en situation de polymédication ont une pose ou une réparation de prothèses amovibles dans l'année vs 6,6 % des autres, à structure par âge comparable.

## III. Recours au cabinet dentaire à l'entrée en Ehpad

### FAITS MARQUANTS

Dans les Pays de la Loire, 24 % des personnes ont eu un recours au cabinet dentaire de ville au moment de leur entrée en Ehpad, c'est-à-dire pendant la période qui s'étend de 3 mois avant à 6 mois après l'entrée dans l'établissement. Cette proportion varie peu avec l'âge d'entrée jusqu'à 90 ans, puis diminue au-delà.

Au niveau national, cette part est encore plus faible puisqu'elle n'atteint pas 20 %. Pourtant, la très grande majorité des personnes qui sont admises dans ces établissements ont un état de santé dégradé, avec pour la plupart des pathologies chroniques qui nécessitent une surveillance bucco-dentaire accrue.

Malgré une prise de conscience des enjeux dans ce domaine, la proportion de Ligériens admis en Ehpad ayant bénéficié de soins dentaires préventifs ou curatifs au moment de leur entrée n'a pas progressé entre 2016 et 2018, dans la région comme en France. Parmi les Ligériens concernés par un tel recours, moins d'un quart a alors bénéficié d'un acte de détartrage, 26 % d'une pose ou réparation de prothèse amovible, et 32 % d'un soin de reconstitution des dents.

Le recours au cabinet dentaire au moment de l'entrée en Ehpad connaît des variations importantes selon les départements. Moins de 20 % des nouveaux arrivants en ont en effet bénéficié en Mayenne et en Sarthe - un taux qui reste cependant supérieur à la moyenne nationale - contre 27 à 28 % dans les autres départements de la région.

Un âge à l'entrée moins élevé, un niveau social favorable de la commune de domicile et un niveau élevé d'accessibilité au chirurgien-dentiste libéral dans la commune de l'Ehpad sont associés à un recours plus fréquent au cabinet dentaire au moment de l'entrée dans l'établissement. Cependant, toutes choses égales par ailleurs, le fait d'avoir eu un recours au cabinet dentaire dans les années précédentes est le facteur explicatif le plus fort du recours au moment de l'entrée en Ehpad. En effet, 32 % des personnes qui avaient eu un recours antérieur au cabinet dentaire (au cours de la période de 12 à 36 mois avant leur entrée) ont également eu un recours au moment de leur entrée en Ehpad ; cette proportion n'est que de 15 % chez les nouveaux résidents qui n'avaient pas eu de recours bucco-dentaire antérieur.

Ce chapitre présente un état des lieux du recours au cabinet dentaire des personnes entrant en Ehpad. Les recours pris en compte sont ceux effectués au cours de la période allant de 3 mois avant l'entrée dans l'établissement jusqu'à 6 mois après. L'ensemble des recours réalisés en ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...) ont été recherchés, quelle que soit la spécialité du professionnel de santé. Cette analyse porte sur la population, tous régimes, âgée de 70 ans et plus au moment de son entrée en Ehpad.

## A. Situation actuelle en France et en Pays de la Loire

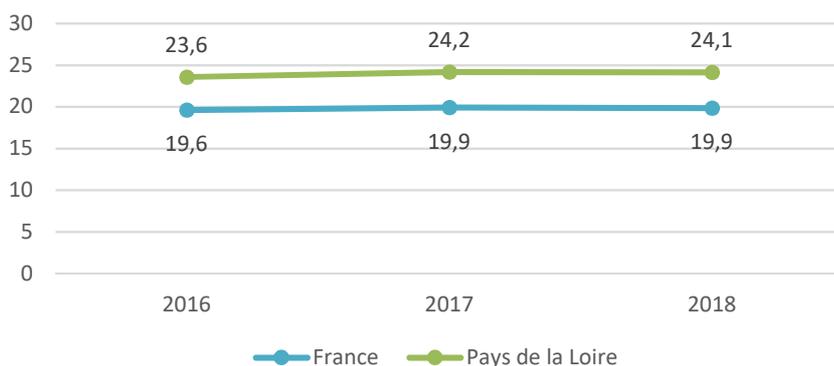
### Un recours au cabinet dentaire au moment de l'entrée dans un Ehpad peu répandu, et qui n'a pas progressé entre 2016 et 2018

Dans les Pays de la Loire, moins d'un quart des personnes ont eu un recours au cabinet dentaire de ville au moment de leur entrée en Ehpad, c'est-à-dire pendant la période allant de 3 mois avant à 6 mois après l'entrée dans l'établissement. Au niveau national, cette part est encore plus faible puisqu'elle n'atteint pas les 20% (Fig42). Pourtant, la très grande majorité des résidents ont un état de santé dégradé, avec pour la plupart une ou plusieurs pathologies chroniques (Encadré 4) qui nécessitent une surveillance bucco-dentaire accrue.

Cette proportion est restée stable ces 3 dernières années, dans la région comme en France.

**Fig42. Taux de recours au cabinet dentaire au moment d'entrée en Ehpad (entre m-3 et m+6), chez les personnes âgées de 70 ans et plus**

France, Pays de la Loire (2016 -2018)



Sources : SNDS-DCIR/PMSI - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Recours survenu entre 3 mois avant l'entrée en Ehpad et 6 mois après. Exhaustivité des Personnes âgées de 70 ans et plus au 31/12/2017 entrant dans un Ehpad en 2017, tous régimes.

Lecture : 24,1% des Ligériens entrés en Ehpad en 2018 ont eu un recours au cabinet dentaire au moment de leur entrée en Ehpad, c'est-à-dire pendant la période allant de 3 mois avant à 6 mois après l'entrée dans l'établissement

### Une fréquence du recours qui varie peu selon l'âge d'entrée jusqu'à 90 ans, puis diminue au-delà

En Pays de la Loire, la proportion de personnes ayant eu un recours au cabinet dentaire au moment de leur entrée en Ehpad est stable entre 70 et 89 ans, autour de 25 à 26 %. Après 90 ans, cette proportion diminue à mesure que l'âge à l'entrée augmente : 23% lorsque les personnes entrent en Ehpad entre 90 et 94 ans et 19 % lorsqu'elles entrent après 95 ans (Fig43). La même tendance est retrouvée au niveau national avec des taux plus faibles dans chaque classe d'âge.

## Un recours au cabinet dentaire au moment de l'entrée dans un Ehpad nettement moindre en Mayenne et en Sarthe

Moins de 20 % des nouveaux arrivants en Ehpad ont bénéficié d'un recours au cabinet dentaire au moment de leur entrée dans l'établissement en Sarthe et en Mayenne, contre 27 à 28 % dans les autres départements de la région ; néanmoins les proportions de recours en Sarthe et en Mayenne restent comparables à la moyenne française (Fig43).

**Fig43. Effectif et proportion de personnes âgées de 70 ans et plus ayant eu un recours au cabinet bucco-dentaire au moment de leur entrée en Ehpad, selon l'âge**

France, Pays de la Loire, Départements (2017)

	France		Pays de la Loire	
	N	%	N	%
70-79 ans	3 065	21,1%	248	26,3%
80-84 ans	4 504	21,5%	402	26,5%
85-89 ans	7 515	20,6%	673	25,3%
90-94 ans	6 058	18,9%	539	23,0%
95 ans et +	1 972	16,4%	153	18,9%
<b>70 ans et plus</b>	<b>taux bruts</b>		19,9%	
	23 114	<b>20,9%</b>	2 015	<b>25,9%</b>

	Loire-Atlantique		Maine-et-Loire		Mayenne		Sarthe		Vendée	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
70-79 ans	102	28,3%	53	29,1%	12	19,4%	27	20,0%	54	26,7%
80-84 ans	152	29,0%	72	23,1%	23	21,9%	43	19,2%	112	32,0%
85-89 ans	248	26,3%	157	27,0%	26	20,2%	80	21,1%	162	25,7%
90-94 ans	236	29,5%	110	20,6%	25	16,9%	44	12,3%	124	24,6%
95 ans et +	62	24,9%	36	15,5%	10	19,6%	12	11,0%	33	19,6%
<b>70 ans et plus</b>	<b>taux bruts</b>		27,8%		19,4%		17,1%		26,1%	
	800	<b>28,2%</b>	428	<b>26,7%</b>	96	<b>19,9%</b>	206	<b>19,3%</b>	485	<b>27,5%</b>

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 70-74 ans / 75-79 ans / 80-84 ans / 85-89 ans / 90-94 ans / 95 ans et + et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Recours survenu entre 3 mois avant l'entrée en Ehpad et 6 mois après. Exhaustivité des Personnes âgées de 70 ans et plus au 31/12/2017 entrant dans un Ehpad en 2017, tous régimes.

Lecture : En Loire-Atlantique, 28 % des personnes entrées en Ehpad en 2017 ont eu au moins un recours au cabinet dentaire au moment de leur entrée dans l'établissement (entre 3 mois avant et 6 mois après), cette proportion est inférieure à 20 % dans les départements de la Sarthe et de la Mayenne.

### ENCADRÉ 4. L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2011

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), assure l'observation statistique des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) grâce à une enquête quadriennale menée depuis les années 1980.

Pour le recueil de données relatives aux pathologies, un échantillon d'établissements représentatifs au niveau national des diverses catégories juridiques a été sélectionné selon un plan de sondage stratifié. Au sein de cet échantillon, des résidents sont sélectionnés sur la base du jour et du mois de naissance. Dans l'enquête de 2011, la fiche «Pathologies» est renseignée par un médecin de l'établissement pour un échantillon de résidents présents au 31 décembre 2011. En 2011, elle est exploitable pour 8 250 résidents

#### Principaux résultats :

- la quasi-totalité des résidents des EHPAD sont atteints d'au moins une pathologie chronique stabilisée.
- les résidents en EHPAD cumulent en moyenne 7,9 pathologies dont 6,8 sont stabilisées
- neuf sur dix souffrent d'affections neuropsychiatriques
- 37 % des résidents en EHPAD souffrent d'au moins une pathologie chronique non stabilisée et 15 % d'au moins une pathologie aiguë
- les syndromes démentiels, dont la maladie d'Alzheimer, touchent ainsi près de la moitié des résidents [24]

**Parmi les nouveaux arrivants en Ehpad ayant eu un recours au cabinet dentaire à l'entrée, moins d'un quart a alors bénéficié d'un détartrage, un tiers d'un soin de reconstitution des dents et un quart d'une pose ou réparation de prothèse amovible**

En Pays de la Loire, les personnes ayant eu un recours au cabinet dentaire au moment de leur entrée en Ehpad, ont eu en majorité au moins une consultation (52 %). Un acte de détartrage a concerné un quart d'entre eux. Près d'un tiers (32 %) a eu un soin de reconstitution des dents, un quart a bénéficié d'une pose ou d'une réparation de prothèse amovible, moins de 10 % d'une pose de prothèse fixe et 18 % ont eu au moins un acte de chirurgie (Fig44). Ces multiples recours curatifs sont concordants avec l'important besoin en soins dentaires constaté dans une enquête menée par l'UFSBD et l'Agirc-Arrco (Encadré 5).

En France, les résultats sont similaires, avec toutefois, des proportions un peu plus faibles de soins de reconstitution des dents et d'actes de radiologie dentaire, et des proportions supérieures de pose de prothèse amovible et d'actes de chirurgie (Fig44).

**Fig44. Description des actes réalisés au moment de l'entrée en Ehpad**  
France, Pays de la Loire (2017)

	France		Pays de la Loire	
	Nb personnes	%	N	%
consultation	11 925	51,6	1 054	52,3
détartrage	5 604	24,2	494	24,5
chirurgie	4 926	21,3	356	17,7
soins de reconstitution des dents	6 247	27,0	643	31,9
prothèse fixe	1 560	6,7	124	6,2
prothèse amovible	7 022	30,4	519	25,8

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Recours survenu entre 3 mois avant l'entrée en Ehpad et 6 mois après. Exhaustivité des Personnes âgées de 70 ans et plus, entrant dans un Ehpad en 2017, tous régimes.

Lecture : Dans les Pays de la Loire, parmi les personnes ayant eu un recours au cabinet dentaire au moment de leur entrée en Ehpad en 2017, un quart a eu une pose ou une réparation de prothèse amovible et 30 % un acte de radiologie dentaire.

**ENCADRÉ 5. Enquête de l'UFSBD et l'Agirc-Arrco sur la santé bucco-dentaire des personnes résidant dans les établissements Ehpad Agirc-Arrco ([5] p17 à 27)**

Les objectifs de cette enquête étaient de réaliser un bilan de la santé bucco-dentaire des personnes résidant et d'évaluer les besoins nécessaires pour le maintien de cette santé à un niveau compatible avec une qualité de vie et d'alimentation satisfaisantes pour les personnes concernées.

L'échantillon est composé de 358 personnes âgées résidant dans 13 établissements Agirc-Arrco et ayant bénéficié des actions de dépistage des besoins de soins bucco-dentaires par l'UFSBD entre octobre 2012 et octobre 2013.

Parmi les personnes examinées, les besoins se répartissent de la manière suivante :

- 14,2 % : besoin de soins d'urgence (pour douleur, blessure, infection ou mobilité),
- 39,6 % : besoin de détartrage,
- 37,6 % : besoin de soins de carie,
- 26,6 % : besoin d'extractions,
- 33,4 % : besoin de prothèse

## B. Selon les caractéristiques sociales et de santé des personnes

### Un recours au cabinet dentaire au moment de l'entrée dans un Ehpad qui diffère peu selon le genre et l'état de santé...

En Pays de la Loire, le taux de recours au cabinet dentaire au moment de l'entrée en Ehpads est légèrement plus élevé chez les femmes (26,8 %) que chez les hommes (24,5 %) (Fig45).

Les personnes de la région en situation de polymédication l'année précédant leur entrée en Ehpads ont un taux de recours au cabinet dentaire au moment de leur entrée plus élevé que les autres (29,2 % vs 24,4 %). Une plus grande surveillance médicale de ces personnes peut être une explication à ce plus fort recours. En revanche celles prises en charge pour une ALD et celles hospitalisées l'année précédant leur entrée en Ehpads ont des taux de recours à l'entrée similaires aux autres personnes.

### ... mais sensiblement moins fréquent pour les personnes habitant dans les territoires socialement défavorisés et / ou avec une faible accessibilité au chirurgien-dentiste libéral, ainsi que pour celles n'ayant pas eu de recours les années précédentes

Lorsque l'Ehpads se situe dans une commune à faible ou très faible niveau d'APL<sup>7</sup> au chirurgien-dentiste libéral (2 premiers quintiles de l'indicateur), la proportion des nouveaux résidents ayant eu un recours au cabinet dentaire au moment de l'entrée dans l'établissement est plus faible de 5 points comparée aux résidents des Ehpads des communes à niveau d'APL supérieur (Fig45).

Le taux de recours au cabinet dentaire des nouveaux arrivants en Ehpads originaires d'une commune de la région fortement défavorisée socialement (5ème quintile) est un peu plus faible que pour les Ligériens provenant de territoires plus favorisés (22,6 % vs entre 25 et 27 %).

La proportion de personnes ayant eu un recours au cabinet dentaire au moment de l'entrée en Ehpads est plus de deux fois supérieure parmi les personnes qui avaient eu un recours antérieur au cabinet dentaire au cours de la période allant d'un à trois ans avant leur entrée en Ehpads, comparées à celles qui n'avaient pas eu de recours sur cette période (39 % vs 17 % en Pays de la Loire).

Les résultats au niveau national montrent des tendances similaires, à l'exception de ceux concernant le régime d'assurance maladie qui montre un niveau de recours à l'entrée en Ehpads plus élevé chez les personnes affiliées à une SLM et plus faible chez celles affiliées à la MSA alors qu'en Pays de la Loire, le taux de recours est particulièrement élevé parmi les bénéficiaires du RSI (37,5 %), une fois prises en compte les différences d'âges (Fig45).

<sup>7</sup> L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche, densité par bassin de vie ou département...). Il mobilise pour cela les données de l'assurance-maladie (Sniiram) ainsi que les données de population de l'Insee. L'APL est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte du niveau d'activité des professionnels de santé pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. L'offre de médecins et la demande des communes environnantes sont également pris en compte dans son calcul [23].

**Fig45. Effectif et proportion de personnes âgées de 70 ans et plus ayant eu un recours au cabinet bucco-dentaire au moment de leur entrée en Ehpad, selon les caractéristiques sociales et l'état de santé**  
France, Pays de la Loire (2017)

Caractéristiques en 2017	France			Pays de la Loire			
	N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	N	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	
Genre	Homme	6 896	20,5%	20,1%	640	25,0%	24,5%
	Femme	16 218	19,7%	21,5%	1 375	24,1%	26,8%
Régime d'assurance maladie	MSA	2 214	16,4%	17,7%	379	23,0%	24,1%
	RSI	1 145	20,7%	21,9%	107	27,2%	37,5%
	RG	15 975	20,1%	20,7%	1 281	24,2%	25,1%
	SLM	2 673	22,8%	23,9%	151	25,9%	27,9%
	Autres	1 107	19,6%	23,4%	97	28,0%	33,6%
Bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS	non	22 604	20,0%	21,0%	1 979	24,4%	25,9%
	oui	510	17,7%	18,6%	36	20,2%	25,2%
Niveau de défavorisation sociale de la commune de résidence avant l'entrée en Ehpad, (indice Fdep 2013)	Q1 (très favorisé)	4 384	22,5%	23,6%	153	26,8%	27,2%
	Q2	4 378	21,9%	23,1%	449	28,1%	27,3%
	Q3	5 103	20,5%	21,5%	596	24,6%	25,3%
	Q4	4 945	19,0%	20,0%	533	23,9%	27,1%
	Q5 (très défavorisé)	4 096	16,6%	17,3%	271	19,2%	22,6%
Prise en charge pour une ALD	non	3 245	18,2%	18,0%	376	22,4%	25,4%
	oui	19 869	20,2%	21,2%	1 639	24,8%	26,0%
Polymédication (en 2016)	non	15 329	19,0%	20,1%	1 329	22,8%	24,4%
	oui	7 785	22,0%	22,8%	686	28,1%	29,2%
Hospitalisation (au moins une nuitée en 2016)	non	13 674	19,8%	20,7%	1 202	24,1%	25,7%
	oui	9 440	20,2%	21,1%	813	24,8%	26,2%
Niveau d'accessibilité au CD libéral de la commune de l'Ehpad, (indice APL 2013)	Q1 (très faible)	3 287	16,1%	18,1%	266	21,5%	22,3%
	Q2	3 551	18,6%	19,5%	296	22,1%	22,9%
	Q3	4 109	18,9%	19,8%	302	23,8%	27,7%
	Q4	5 298	21,4%	21,8%	677	26,1%	27,4%
	Q5 (très fort)	6 668	22,9%	23,6%	461	25,6%	26,6%
Recours au cabinet dentaire antérieur (entre j-3ans et j-1 an)	non	10 038	13,3%	14,6%	833	16,4%	17,3%
	oui	13 076	32,1%	32,2%	1 182	37,0%	39,2%

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 70-74 ans / 75-79 ans / 80-84 ans / 85-89 ans / 90-94 ans / 95 ans et + et plus issus du recensement de la population 2015

Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

Champ : recours au cabinet dentaire de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes, en consultations externes...), toutes spécialités confondues. Recours survenu entre 3 mois avant l'entrée en Ehpad et 6 mois après. Exhaustivité des Personnes âgées de 70 ans et plus au 31/12/2017 entrant dans un Ehpad en 2017, tous régimes.

Lecture : En Pays de la Loire, 24 % des femmes et 25 % des hommes ont eu un recours au cabinet dentaire au moment de leur entrée en Ehpad (entre 3 mois avant et 6 mois après l'entrée dans l'établissement). Après prise en compte de la structure par âge, le taux standardisé de recours chez les femmes devient supérieur à celui chez les hommes (26,8 % vs 24,5 %).

## C. Modèle explicatif du recours au cabinet dentaire à l'entrée en Ehpad

**Un recours antérieur au cabinet dentaire, principal facteur explicatif du recours à l'entrée en Ehpad; un âge moins élevé, un niveau social plus favorable, et une bonne accessibilité au chirurgien-dentiste libéral sur la commune de l'Ehpad sont également explicatifs dans une moindre mesure**

Ajustée sur l'ensemble des autres facteurs du modèle (cf. encadré de méthode p. 33)

genre, régime d'assurance maladie, prise en charge pour une ALD, polymédication, antécédent d'hospitalisation, recours antérieur au cabinet dentaire, niveau de défavorisation sociale de la commune d'origine, niveau d'accessibilité au chirurgien-dentiste libéral de la commune de l'Ehpad,

la probabilité d'avoir un recours au cabinet dentaire au moment de l'entrée en Ehpad est plus forte pour les personnes entrant plus jeunes en Ehpad (pour les 70 - 89 ans :  $OR_{France} = 1,24 [1,18 ; 1,31]$ , pour les 90-94 ans :  $OR_{France} = 1,13 [1,07 ; 1,20]$ , comparés aux plus de 95 ans, Fig46).

La probabilité d'avoir un recours au cabinet dentaire au moment de l'entrée en Ehpad est légèrement supérieure chez les personnes prises en charge pour une ALD ( $OR_{France} = 1,05 [1,01 ; 1,10]$ ), en situation de polymédication ( $OR_{France} = 1,15 [1,11 ; 1,19]$ ), ainsi que chez les personnes originaires

d'une commune socialement favorisée ( $OR_{France} = 1,27 [1,22 ; 1,32]$  pour les quintiles 1 et 2 comparé aux plus défavorisées) et chez celles entrant dans un Ehpad d'une commune à niveau d'accessibilité élevé (APL<sup>8</sup>) au chirurgien-dentiste libéral ( $OR_{France} = 1,22 [1,18 ; 1,27]$  comparé aux entrants dans les Ehpad de communes à faible accessibilité).

De même, toutes choses égales par ailleurs, les bénéficiaires de la MSA ont une chance un peu moins élevée d'avoir un recours au cabinet dentaire au moment de leur entrée en Ehpad comparés aux bénéficiaires des autres régimes ( $OR_{France}$  allant de 1,09 [1,04-1,15] à 1,18 [1,11 ; 1,26]).

Le genre n'est pas associé au fait d'avoir recours au cabinet dentaire à l'entrée en Ehpad ( $p=0,65$ ), ni une hospitalisation l'année précédant l'entrée en Ehpad ( $p=0,35$ ).

Cependant le principal facteur associé à un recours plus fréquent au cabinet dentaire à l'entrée en Ehpad est le fait d'avoir eu un suivi bucco-dentaire précédent. En effet, après ajustement sur les autres facteurs du modèle, l'odds ratio est de 2,95 [2,86 ; 3,04] pour les personnes ayant eu un suivi bucco-dentaire au cours de la période de 12 à 36 mois avant l'entrée en établissement, comparé à celles qui n'avaient pas eu ce recours antérieur.

Le même modèle appliqué à la population ligérienne entrant dans un Ehpad présente des résultats similaires, à l'exception des associations avec le régime d'assurance maladie et le niveau d'APL qui ne sont pas significatives. Un manque de puissance dû aux faibles effectifs peut en être l'explication (Fig46).

**Fig46. Modèle explicatif multivarié du recours au cabinet dentaire au moment d'entrée en Ehpad, chez les personnes âgées de 70 ans et plus**

France, Pays de la Loire (2017)

Facteurs		France			p	Pays de la Loire			p
		OR	IC(95%)			OR	IC(95%)		
			inf	sup		inf	sup		
Age	70-89 ans	1,24	1,18	1,31	<,0001	1,38	1,14	1,68	0,0009
	90-94 ans	1,13	1,07	1,20		1,19	0,97	1,47	
	95 ans et +	1 (ref)				1 (ref)			
Genre	Homme	1,01	0,98	1,04	0,65	1,00	0,90	1,12	0,97
	Femme	1 (ref)				1 (ref)			
Régime	MSA	1 (ref)			<,0001	1 (ref)			0,47
	RSI	1,13	1,05	1,23		1,09	0,84	1,41	
	RG	1,09	1,04	1,15		0,92	0,80	1,06	
	SLM	1,18	1,11	1,26		0,91	0,72	1,15	
	Autres	1,11	1,02	1,21		1,07	0,82	1,41	
Prise en charge au titre d'une ALD en 2017	non	1 (ref)			0,02	1 (ref)			0,79
	oui	1,05	1,01	1,10		1,02	0,89	1,17	
En situation de polymédication en 2016	non	1 (ref)			<,0001	1 (ref)			0,0001
	oui	1,15	1,11	1,19		1,25	1,12	1,41	
Au moins une nuitée en hospitalisation MCO, en 2016	non	1 (ref)			0,35	1 (ref)			0,83
	oui	1,02	0,98	1,05		0,99	0,89	1,10	
Au moins un recours antérieur au cabinet dentaire (entre 1 an et 3 ans avant l'entrée en Ehpad)	non	1 (ref)			<,0001	1 (ref)			<,0001
	oui	2,95	2,86	3,04		2,84	2,56	3,15	
Niveau de défavorisation sociale de la commune de résidence avant l'entrée en Ehpad, (indice Fdep 2013)	Q1 et Q2 (très favorisé à favorisé)	1,27	1,22	1,32	<,0001	1,50	1,26	1,78	<,0001
	Q3 et Q4	1,16	1,11	1,20		1,25	1,08	1,46	
	Q5 (très défavorisé)	1 (ref)				1 (ref)			
Niveau d'accessibilité au CD libéral de la commune de l'Ehpad, (indice APL 2013)	Q4 et Q5 (élevé à très élevé)	1,22	1,18	1,27	<,0001	1,13	0,999	1,29	0,15
	Q3	1,07	1,02	1,11		1,08	0,91	1,27	
	Q2 et Q1 (faible à très faible)	1 (ref)				1 (ref)			

Méthode : régression logistique multivariée. L'événement à expliquer est le fait d'avoir eu au moins un recours au cabinet dentaire au moment de l'entrée en Ehpad, chez les personnes nouvellement installées en Ehpad en 2017. Les facteurs explicatifs potentiels sont l'ensemble des variables présentées dans le tableau. Les odds ratios présentés ici avec leurs intervalles de confiance au risque alpha de 5 % mesurent l'association entre chaque facteur et l'événement, ajustée sur l'ensemble des autres facteurs présents dans le modèle. Les valeurs des odds ratios indiquent la force des associations : plus l'odds ratio est éloigné de la valeur 1, plus l'association est forte. L'ajustement sur l'ensemble des autres facteurs permet de mesurer l'association entre l'événement et chaque facteur, « toutes choses égales par ailleurs » c'est-à-dire en réduisant les potentiels effets de confusion des autres facteurs, dès lors qu'ils sont présents dans le modèle.

Lecture : en Pays de la Loire, être pris en charge pour une ALD n'est pas significativement associé à un recours au cabinet dentaire à l'entrée en Ehpad plus fréquent ( $OR=1,02 [0,89 ; 1,17]$ ), contrairement au niveau national ( $OR=1,05 [1,01 ; 1,10]$ ), après ajustement sur les autres facteurs explicatifs du modèle.

Rem : Les trop faibles effectifs de personnes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS ne permettraient pas de tester l'association avec ce facteur.

<sup>8</sup> L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche, densité par bassin de vie ou département...). Il mobilise pour cela les données de l'assurance-maladie (Sniiram) ainsi que les données de population de l'Insee. L'APL est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte du niveau d'activité des professionnels de santé pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. L'offre de médecins et la demande des communes environnantes sont également pris en compte dans son calcul [23].

# RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] Ménard C, Grizeau-Clemens D, Wemaere J. (2016). Santé bucco-dentaire des adultes. *Évolutions*. Inpes. n° 35 10 p.
- [2] Warin P. (2014). Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard. Rapport d'étude. CPAM du Gard, Odenore (Observatoire des non-recours aux droits et services). 100 p.
- [3] Rey G, Rican S, Jouglà É. (2011). Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. InVS. n° 8-9. pp. 87-90.
- [4] URPS chirurgiens-dentistes Pays de la Loire. Action Nutrition bucco-dentaire hygiène (NBH). [En ligne]. <https://www.urpscdpdl.org/nbh/>.
- [5] Agirc-Arrco, UFSBD. (2017). Santé bucco-dentaire : Guide à l'usage des établissements pour personnes âgées. 120 p.
- [6] Ministère de la santé et des solidarités. (2014). Mise en place d'une consultation dentiste pour résidents de 4 Ehpad. [En ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/pays-de-la-loire/article/mise-en-place-d-une-consultation-dentiste-pour-residents-de-4-ehpad>.
- [7] Lacoste-Ferre MH, Rolland Y, Vellas B. (2013). Les soins d'hygiène bucco-dentaire et prothétique en EHPAD : du protocole à l'évaluation. *Alin&as. Lettre d'information du CClin et des Arlin du Sud-Est*. n° 1. 6 p.
- [8] ARS Champagne-Ardenne, GSO (Groupe santé orale) Champagne-Ardenne. (2012). Guide d'utilisation de la grille d'évaluation de l'état bucco-dentaire et d'identification des facteurs de risque. 30 p.
- [9] Arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour l'accompagnement et la prévention bucco-dentaire des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées.
- [10] Alzheimer's Society. Dental care. [En ligne]. <https://www.alzheimers.org.uk/get-support/daily-living/dental-care>.
- [11] HAS. (2014). Prévention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. 98 p.
- [12] Trabelsi S. (2018). Prise en charge des patients insuffisants rénaux en chirurgie buccale. Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en chirurgie dentaire. Faculté d'odontologie de Marseille. 70 p.
- [13] Le Fil dentaire. (2017). Cardiopathie valvulaire et soins bucco-dentaires. [En ligne]. <https://www.lefildentaire.com/actualites/actualites-scientifiques/cardiopathie-valvulaire-et-soins-bucco-dentaires/>.
- [14] Johannsen A., Forend MC., Håkansson J., et al. (2015). Consumption of Dental Treatment in Patients with Inflammatory Bowel Disease, a Register Study. *PLoS ONE*. vol. 10, n° 8. pp. 1932-6203.
- [15] Rugeri L, Chaux-Bodard AG, Holtz A, et al. (2018). Prise en charge bucco-dentaire des personnes atteintes d'une maladie hémorragique. Guide professionnels de santé. Association française des hémophiles. 24 p.
- [16] Hong C. H. L., Hu S., Haverman T., et al. (2018). A systematic review of dental disease management in cancer patients. *Support Care Cancer*. 1433-7339. vol. 26, n° 1. pp. 155-174.
- [17] Société française de chirurgie orale. (2012). Prise en charge des foyers infectieux bucco-dentaires. Recommandations de pratique clinique. 6 p.
- [18] Coll Patrick P., Lindsay Adam, Meng Joyce, et al. The Prevention of Infections in Older Adults: Oral Health. *Journal of the American Geriatrics Society*. pp. 1532-5415.
- [19] Agirc-Arrco. (2019). Étude nationale 2018. Bien vieillir. Les déterminants de la santé bucco-dentaire. 117 p.
- [20] Moreau NA, Beres F. (2016). Dépistage des foyers infectieux bucco-dentaires. *Réalités Cliniques : Revue Européenne d'Odontologie*. vol. 27, n° 3. pp. 138-146.
- [21] Bonneau É, Jourde M. (2003). Foyers infectieux d'origine bucco-dentaire. *Bulletin de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire*. ANCD. n° 46. pp. 159-162.
- [22] Cnam. (2019). Méthodologie médicale de la cartographie des pathologies et des dépenses, version G6 (années 2012 à 2017). 69 p.
- [23] Barlet M, Coldefy M, Collin C, et al. (2012). L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. *Questions d'Économie de la Santé*. Irdes. n° 174. 8 p.
- [24] Makdessi Y, Pradines N. (2016). En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. *Études et Résultats*. Drees. n° 989. 4 p.

# ANNEXES

## A1. Données du Système national des données de santé

### A1.1. Historique du SNDS

Le Sniiram, système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, a été institué fin 1998 par la loi de financement de la sécurité sociale avec pour objectifs de contribuer à une connaissance détaillée des dépenses de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, et de permettre la transmission aux professionnels de santé libéraux d'informations sur leur activité. Ce système, limité aux données concernant les remboursements du régime général lors de sa mise en place en 2003, s'est progressivement étendu aux différents régimes de l'assurance maladie et concerne depuis 2009 l'ensemble de ces régimes (Cnam-anciennement Cnamts, MSA, RSI, régimes spéciaux).

En 2004, la loi de santé publique a constitué le point de départ d'une nouvelle orientation pour le Sniiram, en ajoutant la définition, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques de santé publique aux objectifs de ce système. Dans ce contexte, le champ de ce système d'information, initialement limité aux soins de ville, a été élargi en 2007 aux données relatives aux hospitalisations (données PMSI), mises à disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Par ailleurs, l'accès aux données du Sniiram, initialement réservé aux caisses d'assurance maladie sauf pour des projets spécifiques sur autorisation de la Cnil, s'est progressivement étendu aux différentes parties prenantes du système de santé. Un système complexe de droits et d'autorisations d'accès, défini par arrêté, a alors été mis en place, le dernier de ces arrêtés datant de février 2014.

En 2016, la loi de santé constitue une nouvelle étape importante, avec la mise en place du système national des données de santé (SNDS), qui regroupe toutes les grandes bases de données médico-administratives. Les données du Sniiram intègrent donc le SNDS, de même que les données d'hospitalisation du PMSI, les données sur les causes de décès, des données médicosociales ainsi qu'un échantillon représentatif des données de remboursement des organismes de couverture complémentaire.

La Cnam, qui a développé le Sniiram depuis son origine, est responsable du traitement et de la mise à disposition des données du SNDS.

Un décret prévu par cette loi, paru le 26 décembre 2016, fixe la liste des services de l'État, des établissements publics ou des organismes chargés d'une mission de service public autorisés à traiter des données à caractère personnel du SNDS pour les besoins de leurs missions. Ce décret précise, pour chacun de ces services, l'étendue de cette autorisation, et les conditions d'accès aux données. Ce nouveau cadre est entré en vigueur au 1er avril 2017.

### A1.2. Contenu du SNDS

Le SNDS constitue un gigantesque entrepôt de données de santé, individuelles et non nominatives, concernant principalement les soins de ville remboursés aux bénéficiaires de l'assurance maladie et les professionnels ayant assuré ces soins, mais aussi les hospitalisations et les décès.

Il regroupe les données suivantes :

- données administratives et "sociales" sur les bénéficiaires des soins, dont le bénéfice éventuel de la CMU-C, de l'aide à la complémentaire santé (ACS) et l'indice de défavorisation sociale (FDep) de la commune de domicile,
- données médicales concernant notamment les affections de longue durée (ALD), les motifs d'invalidité et les maladies professionnelles,
- données sur les professionnels ayant prescrit et réalisé les soins,
- données issues des feuilles de soins (et des bordereaux de facturation des cliniques privées, d'une partie des établissements médicosociaux et des factures de soins externes des hôpitaux), et notamment la nature de la prestation remboursable avec codage détaillé des médicaments, des actes, des examens biologiques, des dispositifs médicaux...,
- données concernant les séjours en établissement de santé de médecine-chirurgie-obstétrique, en hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, et en psychiatrie (avec notamment les diagnostics et les actes),
- données relatives aux causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm).

Ces différentes informations sont chaînables pour un même bénéficiaire, permettant ainsi une étude détaillée du parcours de soins, en ville et à l'hôpital.

### A1.3. Accès de l'ORS Pays de la Loire aux données du SNDS

Pour permettre aux personnes habilitées d'accéder aux données, la Cnam a conçu une architecture basée sur des magasins également appelés Datamart, au nombre de 16 actuellement (DCIR, PMSI, AMOS, DAMIR, EGB...). Ces magasins sont constitués selon les cas, de données concernant les bénéficiaires ou de données concernant les prestataires de soins, qui peuvent être exhaustives individuelles ou agrégées, ou bien de données provenant d'un échantillon de bénéficiaires.

Le DCIR (datamart de consommation interrégimes) permet notamment d'accéder à l'intégralité des informations de consommation de soins de chaque bénéficiaire présent dans la base.

Les utilisateurs, en fonction des différents profils d'habilitation, peuvent les interroger via le portail du SNDS, à l'aide des logiciels SAS guide ou Business Object. Les habilitations sont délivrées à des personnes salariées des établissements ou organismes autorisés par le décret du 26 décembre 2016, nommément désignées et spécifiquement formées, avec des règles d'accès et de confidentialité très strictes.

Depuis le 1er avril 2017, date d'entrée en vigueur des mesures prévues par ce décret, les profils d'habilitation des ORS sont devenus très larges :

Profondeur de l'historique des données : 19 ans, plus l'année en cours sur les données nationales

- données agrégées pour les offreurs de soins et les bénéficiaires (tableaux de bord),
- données semi-agrégées, individualisées pour les professionnels ou établissements de santé et agrégées pour les bénéficiaires,
- données individuelles d'un échantillon de bénéficiaires au 1/97<sup>ème</sup> (échantillon généraliste des bénéficiaires EGB)

Profondeur de l'historique des données : 5 ans, plus l'année en cours, sur les données nationales

- données individuelles exhaustives de bénéficiaires et d'offeurs de soins (Datamart des consommations inter régimes DCIR chaîné aux bases du PMSI) avec croisement des identifiants potentiels (notamment commune de domicile, mois et année de naissance des patients, dates exactes de remboursement de soins de ville et d'hospitalisation)

L'ORS Pays de la Loire a engagé depuis 2010 des travaux d'exploitation du Sniiram puis du SNDS. Son accès aux données fortement élargi en 2016 a motivé une adaptation et une montée en compétence de son équipe. À ce jour, quatre personnes de l'ORS sont formées et nommément habilitées pour exploiter les données individuelles du SNDS.

## A2. Eléments de méthodologie

### A2.1. Source des données

Cette étude est menée exclusivement à partir des données du SNDS (cf. annexe A1). La majorité des analyses est réalisée à partir des données individuelles exhaustives (DCIR) des années 2016, 2017 et 2018, à l'exception de l'analyse de l'évolution des taux de recours annuels entre 2006 et 2017 (cf. partie I.A.2) menée à partir de l'EGB sur l'échantillon restreint aux seuls bénéficiaires du régime général.

Pour l'ensemble des analyses, les données de remboursement de l'activité libérale et des centres de santé dentaires (EGB / DCIR) ainsi que les données du PMSI pour les consultations externes et les hospitalisations sont utilisées.

### A2.2. Identification des bénéficiaires

**Pour les analyses effectuées à partir des données exhaustives du DCIR-PMSI**

Dans le SNDS, l'identifiant, dit 'identifiant SNDS', permettant de chaîner toutes les consommations de soin (DCIR) et les hospitalisations (PMSI) pour un même bénéficiaire consommant est construit à partir de la date de naissance et du sexe du bénéficiaire et (d'une partie) du numéro de sécurité sociale de l'ouvrant droit du bénéficiaire (le parent pour un enfant, le conjoint, ...). Dès lors qu'un bénéficiaire change d'ouvreur de droit, son identifiant SNDS change. Il faut donc faire attention à ne pas compter deux fois ces bénéficiaires en les considérant comme deux bénéficiaires différents. Ce cas de figure concerne en majorité les jeunes adultes au moment où ils deviennent leur propre assuré,

mais également les personnes majeures sans activité professionnelle qui peuvent demander à devenir ayant droit le plus souvent de leur conjoint (mais aussi de leur parent ou de leur enfant) au moment de la perte de leur emploi ou d'un passage à la retraite.

Pour pallier ce problème d'identification, le numéro de sécurité sociale (NIR) crypté a été introduit dans le DCIR en 2012 avec rétroactivité pour les années 2010 et 2011. Contrairement à l'identifiant du SNDS qui, pour une personne donnée, change avec son ouvreur de droit, le NIR crypté est unique et définitif. Les principaux régimes RG, RSI et MSA le renseignent en grande majorité (plus de 95% en 2011). Les sections locales mutualistes et les petits régimes ont un taux de renseignement moins bon mais qui s'améliore (plus de 85 % fin 2017).

Lorsqu'il est disponible, le NIR crypté permet donc de chaîner, pour chaque bénéficiaire, l'ensemble des soins pris en charge en ville et en hospitalisation sur une période de suivi correspondant aux années d'historique disponibles du SNDS. La profondeur d'historique varie selon les organismes. Pour les observatoires régionaux de la Santé, elle est de 5 ans plus l'année en cours et débute donc au 01 janvier 2014, au moment de la réalisation de cette étude. Dans l'ensemble des analyses réalisées à partir des données du DCIR / PMSI, l'identifiant individuel utilisé est le NIR crypté lorsqu'il est disponible ou bien l'identifiant 'SNDS' lorsqu'il ne l'est pas. Cet identifiant composite correspond à la variable BEN\_IDT\_ANO dans les bases.

### **Pour l'analyse de l'évolution des taux de recours annuels (cf Partie I.A.2) effectuée à partir des données échantillonnées de l'EGB-PMSI**

L'EGB fait figure d'exception parmi les Datamart du SNDS, puisqu'il est le seul Datamart à avoir pour identifiant individuel de base le NIR crypté des bénéficiaires. La raison à cette particularité résulte dans le fait que le tirage aléatoire permettant la constitution de l'EGB est effectué à partir de la clé de contrôle (2 derniers chiffres) du numéro de sécurité social (NIR). Cette clé a une valeur comprise entre 1 et 97. Les bénéficiaires de l'EGB sont ceux dont le numéro de clé de contrôle du NIR est égal à une valeur donnée, confidentielle.

De ce fait, le NIR crypté, est présent dans l'EGB pour l'ensemble des bénéficiaires échantillonnés et permet de suivre leurs consommations depuis leur inclusion dans l'EGB sans risque de dédoublement. Cet identifiant correspond à la variable BEN\_NIR\_IDT dans les bases.

## **A2.3. Méthode de calcul des taux de recours**

### **Pour les analyses effectuées à partir des données exhaustives du DCIR-PMSI**

Les taux de recours au cabinet dentaire au cours d'une période d'intérêt (année 2017 ou entre 2016 et 2018) correspondent aux rapports entre, aux numérateurs, les effectifs de bénéficiaires ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire remboursé au cours de la période d'intérêt et, aux dénominateurs, les effectifs de bénéficiaires protégés par un organisme d'AMO en 2017. Or ces derniers ne sont pas connus précisément dans le SNDS, ni pour la population totale, ni pour des sous-populations spécifiques (par exemple, celles affiliées à un organisme d'AMO, les résidents d'une EPCI, les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes diabétiques etc...).

La population protégée en 2017 est constituée des bénéficiaires 'consommants' de 2017, c'est-à-dire, ayant eu au moins un remboursement d'une prestation par l'AMO ou ayant été hospitalisés dans l'année, et des bénéficiaires 'non consommateurs' en 2017, c'est-à-dire n'ayant eu ni remboursement par l'AMO, ni hospitalisation dans l'année. L'effectif des consommateurs de l'année est facilement calculable dans les bases de données de consommation du DCIR/PMSI, en revanche, celui des non consommateurs de l'année ne l'est pas, puisqu'une absence de consommation n'entraîne aucun enregistrement dans ces bases.

Pour cette étude, les dénominateurs ont donc dû être approchés. La méthode d'approximation retenue consiste à estimer la population protégée (consommants et non consommateurs) en 2017 par la population des consommateurs des cinq années consécutives 2013 à 2017 (et toujours en vie au 1<sup>er</sup> janvier 2017). Cette méthode a l'avantage de fournir les dénominateurs de toutes les sous-populations d'intérêt, quelles que soient leurs caractéristiques. En revanche, elle ne comptabilise pas les bénéficiaires n'ayant eu aucune prestation remboursée depuis plus de cinq années et compte à tort les personnes qui ont arrêté d'être protégées par l'AMO avant 2017 alors qu'elles avaient été remboursées d'une prestation avant cet arrêt (par exemple, les personnes parties vivre à l'étranger en 2017 et qui avaient été remboursées d'au moins une prestation entre 2013 et 2016).

Pour chaque bénéficiaire, la commune de résidence et le régime d'AMO pris en compte sont ceux connus par l'organisme d'AMO moment de la dernière prestation effectuée sur la période des 5 ans. De cette façon, les

bénéficiaires ayant déménagé ou changé de régime en cours des cinq ans ne sont comptabilisés qu'une seule fois. L'âge est le nombre d'années révolues au 31 décembre 2017.

**Pour l'analyse de l'évolution des taux de recours annuels (cf Partie I.A.2) effectuée à partir des données échantillonnées de l'EGB-PMSI**

Le calcul des taux de recours annuels, à partir des données de l'EGB est plus direct. Les numérateurs sont constitués des effectifs de bénéficiaires couverts par le régime général ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire dans l'année ; les dénominateurs sont les effectifs des personnes protégées par le régime général au moins un jour dans l'année, qu'elles aient été consommatrices ou non. Cet effectif est calculé par la macro-commande SAS fournie par la Cnam pour chaque année.

#### **A2.4. Analyses statistique**

L'ensemble des taux de recours obtenus à partir des données du DCIR/PMSI sont des proportions calculées pour la population exhaustive des bénéficiaires de 55 ans et plus. De ce fait, aucun intervalle de confiance n'est présenté. En revanche, les taux de recours annuels issus de l'EGB (partie I.A.2) sont fournis avec leurs intervalles de confiance à 95%, calculés en prenant en compte le plan de sondage aléatoire simple avec une fraction de sondage de 1/97 par les procédures SURVEY du logiciel SAS.

Nous avons choisi de ne pas présenter de tests statistiques de comparaison (selon départements, régimes, classes d'âge, sexe, CMU-C, pathologies, ...) dans ce rapport. En effet, du fait des très grands effectifs de la population d'étude, les différences de proportions auraient été significativement non nulles de manière systématique, y compris lorsque les proportions sont très proches. En effet, les valeurs p dépendent de la taille de l'échantillon : plus l'échantillon est grand, plus les valeurs p sont faibles, toutes choses égales par ailleurs. Il devient donc difficile de distinguer, pour une valeur p donnée, ce qui provient de la grandeur de l'effet testé (*effect size*) de ce qui provient de l'effet taille de l'échantillon (*sample size*).

Des régressions logistiques multivariées ont été menées pour étudier les facteurs explicatifs du recours au cabinet dentaire. La procédure logistic du logiciel SAS a été utilisée. Les odds ratios ajustés sont fournis avec leurs intervalles de confiance et avec les valeurs p des tests globaux au risque alpha égal à 5%, bien que leur pertinence, notamment pour les modèles en population générale (cf. parties I.E) soit remise en cause du fait des très grands effectifs et du caractère exhaustif de la population d'étude (cf. notes en bas des tableaux de résultats).

### A3. Codes et algorithmes d'identification des prestations

- Identification de l'ensemble des recours au cabinet dentaire

L'ensemble des recours au cabinet dentaire comprend :

- **toutes les prestations** exécutées par un CD (n° de spécialité 19, 53, 54), quel que soit le code de la prestation
- **les prestations de soins ou d'examens dentaires** quel que soit le code spécialité du professionnel de santé.

Algorithme d'identification du recours au cabinet dentaire :

Toutes prestations exécutées par un chirurgien-dentiste, code spécialité 19, 53, 54

Ou,

Prestations spécifiques d'un soin dentaire (hors codes de regroupement CCAM non spécifiques : ADC, ADI, ATM) et quelle que soit la spécialité du professionnel de santé :

- 1433, SC soins conservateurs par C le chirurgien-dentiste
- 1411, SCM : soins conservateurs par médecin
- 1423, SPR actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste
- 1421, PRO : actes de prothèses dentaires pratiqués par le médecin
- 1431, D : actes dentaires
- 1432, DC : actes de chirurgie dentaire
- 1451, SDE : soins dentaires (deb 06/14)
- 1452, PAR : prothèse amovible définitive résine (deb 06/14)
- 1453, AXI : prophylaxie bucco-dentaire - CCAM (deb 06/14)
- 1462, PFM : prothèse fixe métallique (deb 06/14)
- 1465, IMP : implantologie CCAM (deb 06/14)
- 1470, END : Endodontie (deb 06/08)
- 1471, INO : Inlay-Onlay (deb 06/14)
- 1472, TDS : Parodontologie (deb 06/14)
- 1473, ICO : Inlay-Core (deb 06/14)
- 1474, PAM : Prothèse amovible définitive métallique (deb 06/14)
- 1475, PDT : Prothèse dentaire provisoire (deb 06/14)
- 1476, PFC : prothèse fixe céramique (deb 06/14)
- 1477, RPN : réparation sur prothèse (deb 06/14)
- 1425, ATD Complément AT 150 % dentaire
- 5201, FDA : forfait prothèse dentaire adjointe
- 5202, FDR : forfait réparation prothèse adjointe
- 5203, FDC : forfait prothèse dentaire conjointe
- 5205, FPC : forfait prothèse conjointe (CMU hors panier de soins)
- 9411, consultation hygiène bucco-dentaire
- 9426, ticket modérateur SC soins consécutifs prévention bucco-dentaire (calculé par cnam)
- 9427, ticket modérateur Z (radio) soins consécutifs prévention bucco-dentaire (calculé par cnam)
- 9429, BD2 campagnes bucco-dentaires locales

Ou,

Actes de chirurgie dentaire ADC (quelle que soit la spécialité du professionnel de santé) parmi

- Extraction des dents et racines, : tous les codes CCAM des chapitres 07.02.02.11, 07.02.02.12
- Réduction de fracture et de luxation de dent : tous les codes CCAM du chapitre 07.02.02.02
- Réimplantation de dent retenue ou incluse : tous les codes CCAM du chapitre 07.02.02.03
- Curetage périapical dentaire tous les codes CCAM du chapitre 07.02.05.01
- Traitement de plaie intrabuccale tous les codes CCAM du chapitre 07.02.06.01 -
- Évacuation de collection intrabuccale tous les codes CCAM du chapitre 07.02.06.02
- Destruction et exérèse de lésion de la bouche et de l'oropharynx tous les codes CCAM du chapitre 07.02.06.04
- Autres résections osseuses de l'étage moyen de la face : tous les codes CCAM du chapitre 11.02.03.08

Ou,

Actes techniques médicaux ATM (quelle que soit la spécialité du professionnel de santé) parmi

- Plastie de la cavité orale : tous les codes CCAM du chapitre 07.02.06.03
- Autres actes thérapeutiques sur la cavité orale, tous les codes CCAM du chapitre 07.02.06.11

Correction de trouble occlusal, tous les codes CCAM du chapitre 07.02.02.15  
 Pose de gouttières maxillaire et mandibulaire pour hémostase ou portetopique, actes CCAM LBLD003 et LBLD006

Ou,

Actes d'imagerie ADI (quelle que soit la spécialité du professionnel de santé) parmi

Radiographie de la bouche : tous les codes CCAM du chapitre 07.01.04.01'

Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif, tous les codes CCAM du chapitre 18.02.07.01

Radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography][CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire, acte CCAM LAQK027

Ou,

Hospitalisation dans un GHM parmi,

Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire, 03K02J

Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, très courte durée, 03M11T

Les prestations prises en compte dans cette étude sont recherchées dans la base de données des remboursements de prestations effectuées en secteur libéral ou en établissements privés (DCIR) ainsi que dans les bases de données des consultations et actes externes et des hospitalisations des établissements publics et privés du PMSI-MCO.

**Remarque : certaines prestations ne sont pas prises en compte par cet algorithme. Les prestations non spécifiques d'un soin dentaire (principalement des consultations cotées C ou CS) réalisées par les PS spécialistes en stomatologie et/ou chirurgie maxillo-faciale ou les PS hospitaliers ne sont pas comptabilisées car elles ne peuvent être distinguées des prestations sans rapport avec un soin dentaire pour ces spécialités.**

- Type de prestations dentaires

Les prestations d'intérêt étudiées dans la partie II sont identifiées par les algorithmes suivant :

**Consultations et visites de contrôle** : consultations (C et CS) et visites (V) effectuées par des spécialistes chirurgiens-dentistes

Consultations et visites (C, CS, V) : 1111, 1112, 1211, 1212, 1213, 1214, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1231, 1232, 1811, 1812, 1813, 1821, 1841, 1936, 1937, 1938, 1942

ET

N° de spécialité 19, 53, 54 : chirurgiens-dentistes

**Détartrage** : acte détartrage et polissage des dents (acte CCAM HBJD001) quelle que soit la spécialité du professionnel de santé.

### Chirurgie :

1321, ADC : actes de chirurgie (tous les codes CCAM)

Et

n° de spécialité 19, 53, 54 : chirurgiens-dentistes

Ou,

Acte de chirurgie dentaire (quelle que soit la spécialité du professionnel de santé) parmi

Extraction des dents, : tous les codes CCAM des chapitres 07.02.02.11, 07.02.02.12

Réduction de fracture et de luxation de dent : tous les codes CCAM du chapitre 07.02.02.02

Réimplantation de dent retenue ou incluse : tous les codes CCAM du chapitre 07.02.02.03

Curetage périapical dentaire tous les codes CCAM du chapitre 07.02.05.01

Traitement de plaie intrabuccale tous les codes CCAM du chapitre 07.02.06.01 -

Évacuation de collection intrabuccale tous les codes CCAM du chapitre 07.02.06.02 –

Destruction et exérèse de lésion de la bouche et de l'oropharynx tous les codes CCAM du chapitre 07.02.06.04

Autres résections osseuses de l'étage moyen de la face : tous les codes CCAM du chapitre 11.02.03.08

### Soins de reconstitution des dents :

1451, SDE : soins dentaires (tous les codes CCAM) (quelle que soit la spécialité du professionnel de santé)

Ou,

1470, END : Endodontie (tous les codes CCAM) Chargement en cours...

Ou,

1471, INO : Inlay-Onlay (tous les codes CCAM), par spécialistes chirurgiens-dentistes, stomatologues, chirurgiens maxillo-faciale, hospitaliers

Ou,

1472, TDS : Parodontologie (tous les codes CCAM), par spécialistes chirurgiens-dentistes, stomatologues, chirurgiens maxillo-faciale, hospitaliers

Ou,

1473, ICO : Inlay-Core (tous les codes CCAM), par spécialistes chirurgiens-dentistes, stomatologues, chirurgiens maxillo-faciale, hospitaliers

### Prothèses fixes :

1462, PFM : prothèse fixe métallique (tous les codes CCAM), par spécialistes chirurgiens-dentistes, stomatologues, chirurgiens maxillo-faciale, hospitaliers

Ou,

1465, IMP : implantologie CCAM (tous les codes CCAM), par spécialistes chirurgiens-dentistes, stomatologues, chirurgiens maxillo-faciale, hospitaliers

Ou,

1475, PDT : Prothèse dentaire provisoire (tous les codes CCAM), par spécialistes chirurgiens-dentistes, stomatologues, chirurgiens maxillo-faciale, hospitaliers

Ou,

1476, PFC : prothèse fixe céramique (tous les codes CCAM), par spécialistes chirurgiens-dentistes, stomatologues, chirurgiens maxillo-faciale, hospitaliers

### Prothèses amovibles :

1452, PAR : prothèse amovible définitive résine (tous les codes CCAM), par spécialistes chirurgiens-dentistes, stomatologues, chirurgiens maxillo-faciale, hospitaliers

Ou,

1474, PAM : Prothèse amovible définitive métallique (tous les codes CCAM), par spécialistes chirurgiens-dentistes, stomatologues, chirurgiens maxillo-faciale, hospitaliers

Ou,

1477, RPN : réparation sur prothèse (tous les codes CCAM), par spécialistes chirurgiens-dentistes, stomatologues, chirurgiens maxillo-faciale, hospitaliers

**Radiologie :**

Prestation codée 1351, ADI : actes d'imagerie hors échographie (tous les codes CCAM)

Et

n° de spécialité 19, 53, 54 : chirurgiens-dentistes

Ou,

Codes CCAM commençant par HBQK- (chapitres 7.1.4.1 - Radiographie de la bouche et 18.2.7.1 - Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif) + LAQK027

Radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography][CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire

- Lieu du recours au cabinet dentaire

Parmi l'ensemble de ces prestations dentaires, on distingue celles exécutées en ville de celles exécutées au cours d'une hospitalisation selon la définition suivante :

Prestations exécutées en ville

- prestations exécutées par un PS libéral, exerçant seul, en cabinet de groupe, en maison de santé...,
- prestations exécutées par un PS salarié d'un établissement privé (centre mutualiste, centre de santé...),
- prestations exécutées en consultations externes des hôpitaux publics.

Prestations exécutées au cours d'une hospitalisation

- prestations exécutées en hospitalisation de jour (hospitalisation en ambulatoire) des établissements publics et privés,
- prestations exécutées au cours d'un séjour hospitalier (au moins 1 nuit) dans les établissements publics et privés.



## A4. Liste des pathologies et traitements retenus pour l'analyse, issus de la cartographie des pathologies de la Cnam, version G5

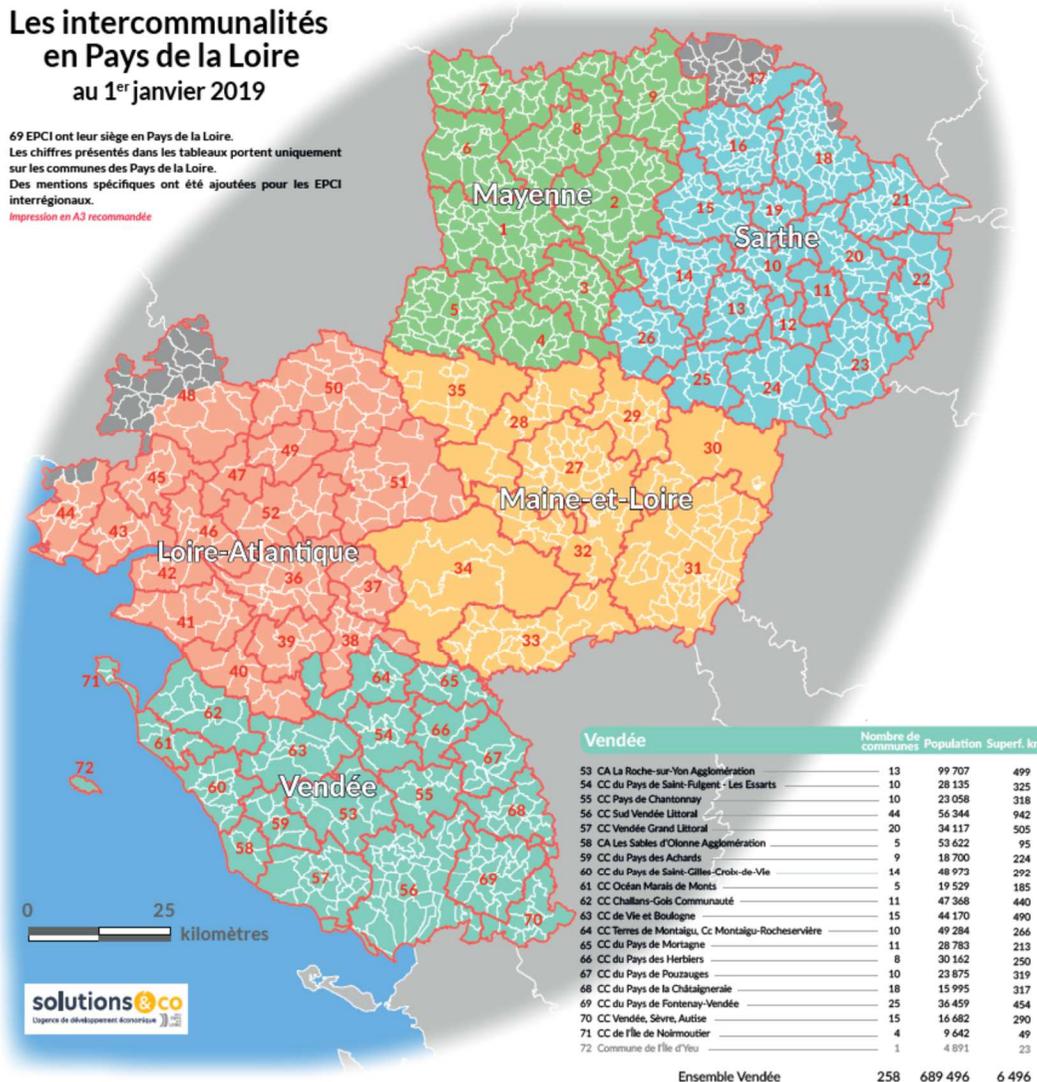
<b>Maladie coronaire</b>	<b>Regroupement des pathologies syndrome coronaire aigu et maladie coronaire chronique</b>
<b>Accident vasculaire cérébral</b>	Regroupement des pathologies accident vasculaire cérébral aigu et séquelle d'accident vasculaire cérébral
<b>Maladie valvulaire</b>	Personnes ayant une ALD (Affection de Longue Durée) avec codes CIM-10 de maladie valvulaire (à l'exclusion des affections congénitales) au cours de l'année n, et/ou personnes hospitalisées au cours des années n à n-4 pour les mêmes motifs (diagnostic principal (DP) d'un des RUM (Résumé d'Unité Médicale) ou diagnostic relié (DR)), et/ou personnes hospitalisées au cours de l'année n pour tout autre motif avec une maladie valvulaire comme complication ou morbidité associée (diagnostic associé (DA))
<b>Maladies cardionévrosvasculaires</b>	Regroupement des pathologies syndrome coronaire aigu, maladie coronaire chronique, accident vasculaire cérébral aigu, séquelle d'accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque aiguë, insuffisance cardiaque chronique, artériopathie oblitérante du membre inférieur, troubles du rythme ou de la conduction cardiaque, maladie valvulaire, embolie pulmonaire aiguë et autres affections cardiovasculaires
<b>Diabète</b>	Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins 2 en cas d'au moins 1 grand conditionnement) au cours de l'année n, et/ou personnes ayant reçu au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins 2 en cas d'au moins 1 grand conditionnement) au cours de l'année n-1, et/ou personnes ayant une ALD (Affection de Longue Durée) au cours de l'année n avec codes CIM-10 de diabète et/ou personnes hospitalisées au cours des années n à n-1 avec codes CIM10 de diabète (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)), et/ou personnes hospitalisées au cours des années n à n-1 pour une complication du diabète (DP ou DR) avec un code CIM10 de diabète en diagnostic associé (DA), ou en DP ou DR de RUM (Résumé d'Unité Médicale)
<b>Diabète insulino-traité</b>	Personnes ayant obligatoirement reçu au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins 2 en cas d'au moins 1 grand conditionnement) au cours de l'année n, et ayant pu recevoir au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins 2 en cas d'au moins 1 grand conditionnement) au cours de l'année n avec codes CIM-10 de diabète et/ou personnes hospitalisées au cours des années n à n-1 avec codes CIM10 de diabète (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)), et/ou personnes hospitalisées au cours des années n à n-1 pour une complication du diabète (DP ou DR) avec un code CIM10 de diabète en diagnostic associé (DA), ou en DP ou DR de RUM (Résumé d'Unité Médicale)
<b>Diabète non insulino-traité</b>	Personnes n'ayant pas reçu au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins 2 en cas d'au moins 1 grand conditionnement) au cours de l'année n, mais personnes ayant reçu au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins 2 en cas d'au moins 1 grand conditionnement) au cours de l'année n-1, et/ou personnes ayant une ALD (Affection de Longue Durée) au cours de l'année n avec codes CIM-10 de diabète et/ou personnes hospitalisées au cours des années n à n-1 avec codes CIM10 de diabète (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)), et/ou personnes hospitalisées au cours des années n à n-1 pour une complication du diabète (DP ou DR) avec un code CIM10 de diabète en diagnostic associé (DA), ou en DP ou DR de RUM (Résumé d'Unité Médicale)
<b>Cancer de la prostate</b>	Regroupement des pathologies cancer de la prostate actif et cancer de la prostate sous surveillance
<b>Cancers actifs</b>	Regroupement des pathologies cancer du sein de la femme actif, cancer du côlon actif, cancer du poumon actif, cancer de la prostate actif et autres cancers actifs
<b>Cancers</b>	Regroupement des pathologies cancer du sein de la femme actif, cancer du sein de la femme sous surveillance, cancer du côlon actif, cancer du côlon sous surveillance, cancer du poumon actif, cancer du poumon sous surveillance, cancer de la prostate actif, cancer de la prostate sous surveillance, autres cancers actifs et autres cancers sous surveillance
<b>Dépression et autres troubles de l'humeur</b>	Personnes ayant une ALD (Affection de Longue Durée) au cours de l'année n avec codes CIM-10 de dépression et autres troubles de l'humeur, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)) et/ou psychiatrique (DP ou diagnostic associé (DA)) - au cours des années n à n-1, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs - dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) - au cours des années n à n-4 et ayant reçu au moins 3 délivrances d'antidépresseurs au cours de l'année n (à différentes dates) lorsqu'ils sont combinés à une hospitalisation pour motif correspondant.
<b>Maladies psychiatriques</b>	Regroupement des pathologies troubles psychotiques, troubles névrotiques et de l'humeur, déficience mentale, troubles addictifs, troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et autres troubles psychiatriques
<b>Traitements neuroleptiques (avec ou sans pathologies)</b>	Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de neuroleptiques au cours de l'année n (à différentes dates) c'est-à-dire d'un médicament dont le code ATC (classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique) débute par N05A, à l'exception des spécialités à base de lithium (utilisé comme thymorégulateur) et de Neuripège® (myorelaxant)
<b>Traitements anxiolytiques (avec ou sans pathologies)</b>	Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances d'anxiolytiques au cours de l'année n (à différentes dates) c'est-à-dire d'un médicament dont le code ATC (classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique) est dans la liste suivante : N05BA01, N05BA02, N05BA03, N05BA04, N05BA05, N05BA06, N05BA07, N05BA08, N05BA09, N05BA10, N05BA11, N05BA12, N05BA13, N05BA14, N05BA15, N05BA16, N05BA17, N05BA18, N05BA19, N05BA20, N05BA21, N05BA22, N05BA23, N05BB01, N05BB02, N05BC01, N05BE01, N05BX03
<b>Maladies dégénératives (démences et Parkinson)</b>	Regroupement des pathologies démences (dont maladie d'Alzheimer) et maladie de Parkinson
<b>Maladies neurologiques</b>	Regroupement des pathologies sclérose en plaque, paraplégie, myopathie ou myasthénie, épilepsie et autres affections neurologiques
<b>Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)</b>	Personnes ayant une ALD (Affection de Longue Durée) au cours de l'année n, avec codes CIM-10 de maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, insuffisance respiratoire, et autres troubles respiratoires et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs au cours des années n à n-4 (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)), et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs au cours de l'année n (DP ou DR d'un des RUM (Résumé d'Unité Médicale) ou diagnostic associé (DA)), et/ou personnes ayant reçu au moins trois délivrances (à différentes dates) au cours de l'année n de médicaments spécifiques. Les personnes ayant une mucoviscidose sont exclues de ce groupe
<b>Maladies inflammatoires chroniques</b>	Regroupement des pathologies maladies inflammatoires chroniques intestinales, polyarthrite rhumatoïde et maladies apparentées, spondylarthrite ankylosante et maladies apparentées et autres maladies inflammatoires chroniques
<b>Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves</b>	Personnes ayant une ALD (Affection de Longue Durée) au cours de l'année n, avec codes CIM-10 de carence héréditaire en facteur VIII, carence héréditaire en facteur IX, autres anomalies de la coagulation ou purpura et autres affections hémorragiques, et/ou personnes hospitalisées pour carence héréditaire en facteur VIII ou en facteur IX au cours des années n à n-4 (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)), et/ou personnes hospitalisées au cours de l'année n pour tout autre motif avec une carence héréditaire en facteur VIII ou en facteur IX comme complication ou morbidité associée (DP ou DR d'un des RUM (Résumé d'Unité Médicale) ou diagnostic associé (DA))
<b>VIH ou SIDA</b>	Personnes ayant une ALD (Affection de Longue Durée) au cours de l'année n, avec codes CIM-10 de maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine, et/ou personnes hospitalisées en MCO (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)) ou RIM-P (DP ou diagnostic associé (DA)) pour ces mêmes motifs au cours des années n à n-4, et/ou personnes hospitalisées MCO au cours de l'année n pour tout autre motif avec un VIH/SIDA comme complication ou morbidité associée (DP ou DR d'un des RUM (Résumé d'Unité Médicale) ou DA), et/ou personnes ayant eu une délivrance à 3 dates différentes d'au moins un médicament spécifique au traitement du VIH/SIDA au cours de l'année n, et/ou personnes ayant eu un acte de biologie médicale spécifique au traitement du VIH/SIDA au cours de l'année n
<b>Insuffisance rénale chronique terminale</b>	Regroupement des pathologies dialyse chronique, transplantation rénale et suivi de transplantation rénale
<b>Pas de pathologies, traitements, maternité, hospitalisations ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire</b>	Personnes n'ayant aucune des 56 pathologies, traitements et événement de santé identifiés dans la cartographie (variables commençant par "top"), ni hospitalisations ponctuelles, ni traitement antalgique ou anti-inflammatoire

## A5. Etablissements Publics de Coopération Intercommunale, au 1<sup>er</sup> janvier 2019

### Les intercommunalités en Pays de la Loire au 1<sup>er</sup> janvier 2019

69 EPCI ont leur siège en Pays de la Loire. Les chiffres présentés dans les tableaux portent uniquement sur les communes des Pays de la Loire. Des mentions spécifiques ont été ajoutées pour les EPCI interrégionaux.

Impression en A3 recommandée



#### Loire-Atlantique

	Nombre de communes	Population	Superf. km <sup>2</sup>
36 Nantes Métropole	24	654 829	523
37 CC Sèvre et Loire	11	47 932	276
38 CA Clisson Sèvre et Maine Agglo	16	55 686	310
39 CC de Grand Lieu	9	39 210	260
40 CC Sud Reiz Atlantique	9	29 915	427
41 CA Pornic Agglo Pays de Reiz	14	57 449	449
42 CC du Sud-Estuaire	6	30 585	198
43 CA de la Région Nazairienne et de l'Estuaire (Carene)	10	128 025	320
44 CA de la Presqu'île de Guérande Atlantique (Cap Atlantique) + 3 communes bretonnes	12	69 467	321
45 CC du Pays de Pont-château Saint-Gildas-des-Bois	9	35 872	327
46 CC Estuaire et Sillon	11	39 099	306
47 CC de la Région de Blain	4	16 457	213
48 CA Redon Agglomération (siège en Bretagne) + 22 communes bretonnes	8	21 833	432
49 CC de Nozay	7	15 978	274
50 CC Châteaubriant-Derval	26	45 779	879
51 CC du Pays d'Ancenis	20	67 991	687
52 CC d'Endre et Gesvres	12	62 337	509
<b>Ensemble Loire-Atlantique</b> (sans Ingrandes-Le Fresne sur Loire, CC du Pays d'Ancenis, département 49)	<b>207</b>	<b>1 415 805</b>	<b>6 698</b>

#### Maine-et-Loire

27 CU Angers Loire Métropole	29	302 001	639
28 CC des Vallées du Haut-Anjou	16	36 918	519
29 CC Anjou Loir et Sarthe	17	28 100	441
30 CC Baugéois Vallée	7	36 201	734
31 CA Saumur Val de Loire	45	103 473	1 086
32 CC Loire Layon Aubance	19	57 576	607
33 CA Agglomération du Choletais	26	106 711	788
34 CA Mauges Communauté	6	123 972	1 315
35 CC Anjou Bleu Communauté	11	36 001	647
<b>Ensemble Maine-et-Loire</b> (avec Ingrandes-Le Fresne sur Loire, CC du Pays d'Ancenis, département 49)	<b>177</b>	<b>833 602</b>	<b>6 789</b>

#### Mayenne

1 CA de Laval Agglomération	34	117 515	686
2 CC des Coëvrons	31	28 164	715
3 CC du Pays de Meslay-Grez	22	14 341	422
4 CC du Pays de Château-Gontier	16	31 400	346
5 CC du Pays de Craon	37	29 430	643
6 CC de l'Ernée	15	21 435	479
7 CC du Bocage Mayennais	27	19 659	527
8 CC Mayenne Communauté	33	38 220	622
9 CC du Mont des Avaloirs	26	16 815	548
<b>Ensemble Mayenne</b> (avec Bouessay, CC de Sablé-sur-Sarthe, département 53)	<b>242</b>	<b>317 742</b>	<b>4 997</b>

#### Sarthe

10 CU Le Mans Métropole	19	210 627	267
11 CC du Sud Est du Pays Mancéau	5	17 491	177
12 CC Orlé de Bercé-Bellinois	8	19 837	148
13 CC du Val de Sarthe	16	30 999	285
14 CC Loué - Brûlon - Noyen	29	18 967	464
15 CC de la Champagne Conilnoise et du Pays de Sillé	24	19 097	419
16 CC Haute Sarthe Alpes Mancelles	38	23 576	462
17 CU d'Alençon (siège en Normandie) + 2 communes normandes	5	8 272	123
18 CC Maine Saisonnais + 2 communes normandes	49	28 300	575
19 CC Maine Cœur de Sarthe	13	21 549	188
20 CC Le Gesnois Billurien	23	31 316	402
21 CC du Pays de l'Huisne Sarthoise	33	29 548	456
22 CC des Vallées de la Brayte et de l'Anille	19	16 053	403
23 CC Loir-Lucé-Bercé	24	24 840	537
24 CC Sud Sarthe	19	23 812	520
25 CC du Pays Fléchois	14	28 632	336
26 CC de Sablé-sur-Sarthe	17	29 858	366
<b>Ensemble Sarthe</b> (sans Bouessay, CC de Sablé-sur-Sarthe, département 53)	<b>354</b>	<b>582 211</b>	<b>6 119</b>

#### Vendée

	Nombre de communes	Population	Superf. km <sup>2</sup>
53 CA La Roche-sur-Yon Agglomération	13	99 707	499
54 CC du Pays de Saint-Fulgent - Les Essarts	10	28 135	325
55 CC Pays de Chantonnay	10	23 058	318
56 CC Sud Vendée Littoral	44	56 944	942
57 CC Vendée Grand Littoral	20	34 117	505
58 CA Les Sables d'Olonne Agglomération	5	53 622	95
59 CC du Pays des Achards	9	18 700	224
60 CC du Pays de Sains-Gilles-Croix-de-Vie	14	48 973	292
61 CC Océan Marais de Monts	5	19 529	185
62 CC Challans-Gois Communauté	11	47 368	440
63 CC de Vie et Boulogne	15	44 170	490
64 CC Terres de Montaigu, Cc Montalgu-Rocheservière	10	49 284	266
65 CC du Pays de Montagne	11	28 783	213
66 CC du Pays des Herbiers	8	30 162	250
67 CC du Pays de Pouzauges	10	23 875	319
68 CC du Pays de la Châtaigneraye	18	15 995	317
69 CC du Pays de Fontenay-Vendée	25	36 459	454
70 CC Vendée, Sèvre, Autize	15	16 682	290
71 CC de l'île de Noirmoutier	4	9 642	49
72 Commune de l'île d'Yeu	1	4 891	23
<b>Ensemble Vendée</b>	<b>258</b>	<b>689 496</b>	<b>6 496</b>



# Recours au cabinet dentaire des adultes âgés de 55 ans plus

## Situation en Pays de la Loire et en France à partir d'une analyse des données du SNDS

Cette étude a pour objectif de décrire le recours au cabinet dentaire des adultes de 55 ans et plus, en Pays de la Loire et au niveau national grâce à l'analyse des données du Système National des Données de Santé (SNDS).

Les taux de recours annuels (tous recours et par type de recours) et le recours sur une période de trois années consécutives ont été étudiés au niveau régional et pour chaque département et EPCI ligérien et comparés au niveau national.

Les variations des taux de recours selon les caractéristiques démographiques et sociales des personnes, leur état de santé ainsi que des modèles multivariés explicatifs du non recours sur 3 ans sont présentés dans ce rapport.

Enfin le recours au cabinet dentaire au moment de l'entrée en Ehpad est également analysé.

Cette étude, réalisée par l'ORS en collaboration avec l'URPS des Chirurgiens-Dentistes des Pays de la Loire et l'UFSBD, a été financée intégralement par l'URPS des Chirurgiens-Dentistes des Pays de la Loire.



Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire  
Hôtel de la région • 1 rue de la Loire • 44966 Nantes Cedex 9  
Tél. 02 51 86 05 60 • Fax 02 51 86 05 75  
accueil@orspaysdelaloire.com • www.santepaysdelaloire.com



Union régionale des professionnels de santé (URPS)  
Chirurgiens-Dentistes libéraux des Pays de la Loire  
Immeuble SIGMA 2000 • 1<sup>er</sup> étage  
5 Boulevard Vincent Gâche • 44200 Nantes  
Tél. 02 51 62 52 19  
contact@urpscdpdl.org • www.urpscdpdl.org



Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD)  
7 rue Mariotte 75017 PARIS  
info@ufsbd.fr