

# SUIVI BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES DIABÉTIQUES EN PAYS DE LA LOIRE

À partir d'une analyse des données du SNDS

**JUILLET 2020**





## AUTEURS

Marie Dalichampt et Dr Anne Tallec, Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire

## FINANCEMENT

URPS chirurgiens-dentistes des Pays de la Loire

## REMERCIEMENTS

Merci à Vincent Le Gloahec, Dr Benoît Perrier et Dr Dominique Brachet de l'URPS chirurgiens-dentistes des Pays de la Loire pour leur relecture

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 aux collègues de l'ORS des Pays de la Loire, tout particulièrement Anne-Sophie Brochard, Laurence Girard et Marie-Cécile Goupil 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 janvier et février 2020 sur la période d'historique autorisée allant du 01/01/2016 au 30/06/2019 (en dates de traitement).

## CITATION SUGGÉRÉE

ORS Pays de la Loire, URPS chirurgiens-dentistes Pays de la Loire. (2020). Suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques en Pays de la Loire à partir d'une analyse des données du SNDS. 28 p.

## MOTS-CLÉS

Diabète, soin dentaire, santé orale, prothèse, chirurgien-dentiste, personne âgée, Ehpad, inégalités sociales, inégalité territoriales, SNDS, EPCI, Pays de la Loire.

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 : 978-2-36088-102-4

ISBN NET : 978-2-36088-103-1

©Crédit photo : Robert Kreschke / Shutterstock

Juillet 2020



# Sommaire

>>>>Synthèse.....	4
<b>1. ÉVOLUTION DU TAUX DE RECOURS ANNUEL AU CABINET DENTAIRE DES PERSONNES DIABÉTIQUES ENTRE 2009 ET 2018.....</b>	<b>6</b>
<b>2. RECOURS AU CABINET DENTAIRE DES PERSONNES DIABÉTIQUES, SUR UNE PÉRIODE DE 3 ANS.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 FRÉQUENCE DU RECOURS SELON LES TERRITOIRES DES PAYS DE LA LOIRE</b>	<b>10</b>
<b>2.2 FRÉQUENCE DU RECOURS SELON L'ÂGE</b>	<b>14</b>
<b>2.3 FRÉQUENCE DU RECOURS SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE</b>	<b>15</b>
<b>2.4 FRÉQUENCE DU RECOURS SELON LES AUTRES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES</b>	<b>16</b>
<b>2.5 FRÉQUENCE DU RECOURS SELON LES CARACTÉRISTIQUES DU LIEU DE RÉSIDENCE</b>	<b>18</b>
<b>3. FACTEURS ASSOCIÉS À UN PARCOURS BUCCO-DENTAIRE SATISFAISANT CHEZ LES DIABÉTIQUES.....</b>	<b>19</b>
ZOOM – Recours au cabinet dentaire au moment du diagnostic du diabète.....	22
Références bibliographiques et sources.....	23
ANNEXES.....	24
<b>A1. MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE</b>	<b>25</b>
<b>A2. CODES ET ALGORITHMES D'IDENTIFICATION DES PRESTATIONS AU CABINET DENTAIRE</b>	<b>26</b>
<b>A3. ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE COOPÉRATION INTERCOMMUNALE, AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2019</b>	<b>27</b>



## >>>> Synthèse

Bien qu'en léger progrès depuis 10 ans, le recours au cabinet dentaire des personnes diabétiques reste très insuffisant. En effet, malgré la recommandation de la haute autorité de santé d'un recours annuel minimum, relayée par de nombreux acteurs de santé (assurance maladie, sociétés savantes et associations d'usagers), seuls 40 % des diabétiques ont eu un recours au cabinet dentaire en 2018 en Pays de la Loire, comme au niveau national.

L'analyse du recours au cabinet dentaire sur une période de trois années consécutives permet de distinguer les personnes diabétiques qui ont un parcours dentaire satisfaisant, c'est-à-dire un recours tous les ans, de celles dont le parcours est insuffisant ou inexistant. Elle montre des résultats très inquiétants puisque, dans la région, plus d'un tiers des personnes prises en charge pour un diabète en 2015 n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire au cours des trois années suivantes. En outre, 47 % des personnes diabétiques ont eu un parcours dentaire insuffisant, c'est à dire seulement un recours au cabinet dentaire au cours d'une ou de deux années sur les 3 années de la période étudiée. Les Ligériens diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant sont donc minoritaires (15,7 %). De plus, ces parcours satisfaisants étaient, dans la très grande majorité des cas, constitués d'au moins un soin curatif parmi chirurgie dentaire, soin de reconstitution des dents et prothèse fixe ou amovible (92 %).

Malgré le lien étroit avéré entre diabète et complication dentaire, la proportion de personnes ayant eu un recours annuel au cabinet dentaire chacune des trois années 2016 à 2018 est, chez les diabétiques, légèrement inférieure à celle observée en population générale (15,7 % vs. 16,9 %), à structure d'âge comparable.

Globalement insuffisant dans l'ensemble des départements de la région, les parcours dentaires satisfaisants sont particulièrement rares chez les diabétiques de plusieurs intercommunalités (EPCI) sarthoises et de l'est-mayennais, avec des taux inférieurs à 10 %. A contrario, les proportions de diabétiques ayant eu un parcours dentaire satisfaisant les plus élevées (supérieures à 18 %) se trouvent majoritairement dans les EPCI de Loire-Atlantique et du littoral Vendéen. Cependant, au sein d'un même département, les proportions de personnes diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant varient très fortement d'une EPCI à l'autre, pouvant aller du simple au triple notamment en Vendée, en Sarthe et en Mayenne. Les écarts sont moindres dans les deux autres départements.

Le taux de non recours au cabinet dentaire au cours de trois années consécutives augmente avec l'âge, passant de 23 % chez les diabétiques âgés de 5 à 19 ans à 46 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus.

Chez les enfants diabétiques, le recours au cabinet dentaire est le plus souvent existant mais insuffisant avec pour 63 % d'entre eux, des recours retrouvés au cours d'une seule ou de deux années au lieu des 3 années recommandées. Ils sont seulement 14 % à avoir eu un recours chacune des 3 années 2016 à 2018.

Très faible entre 15 et 24 ans (moins de 13 %), la proportion de diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant augmente légèrement à partir de 25 ans et atteint un plateau maximal entre 35 et 75 ans autour de 18 %. Après 75 ans, les diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant sont de plus en plus rares, à mesure que leur âge augmente : de 16 % entre 75 et 79 ans à seulement 6 % des 90 ans et plus.

Lorsqu'elles résident en établissement d'hébergement pour personnes âgées ou dépendantes (Ehpad), moins de 5 % des personnes diabétiques ont un parcours dentaire satisfaisant. À structure par âge équivalente, la proportion de personnes ayant un recours satisfaisant au cabinet dentaire est 3 fois plus élevée chez les diabétiques de 75 ans et plus vivant à leur domicile (17 % vs 5 %). Ce faible recours, également observé parmi les résidents non diabétiques, traduit un problème général d'accès au chirurgien-dentiste en Ehpad, qui peut notamment s'expliquer à la fois par un grand niveau de dépendance des personnes et un éloignement à leur chirurgien-dentiste habituel.

L'analyse des facteurs explicatifs d'un recours satisfaisant au cabinet dentaire chez les personnes diabétiques a confirmé l'association, bien identifiée en population générale, entre le niveau social et la fréquence du recours au cabinet dentaire. Lorsque toutes les variables sont prises en compte dans le modèle logistique multivarié, le fait de bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire ou de l'aide à la complémentaire santé diminue la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant (odds ratio = 0,73 [0,69 ; 0,77]). De même, habiter dans une commune très défavorisée, selon l'indice de défavorisation social Fdep, réduit significativement la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant en comparaison des habitants des communes socialement favorisées (odds ratio = 0,68 [0,65 ; 0,71]).

Après ajustement sur les autres facteurs du modèle et notamment sur les caractéristiques sociales, les diabétiques couverts par une section locale mutualiste ont plus souvent un parcours dentaire satisfaisant comparé aux diabétiques affiliés au régime général ou au régime social des indépendants (Odds ratio = 1,42 [1,25 ; 1,61]), à l'inverse des diabétiques affiliés à la mutualité sociale agricole, qui ont une probabilité moindre d'avoir un parcours dentaire satisfaisant (odds ratio = 0,77 [0,73 ; 0,82]). Bien que le niveau de remboursement des soins dentaires par l'assurance maladie obligatoire soit le même quels que soient les régimes, l'accès aux mutuelles prenant en charge la part complémentaire, qui peut être importante pour certains soins dentaires, diffère selon les régimes : elle est obligatoire pour les fonctionnaires et la majorité des salariés mais pas pour les indépendants et les agriculteurs. L'amélioration très récente de la prise en charge par l'assurance maladie



obligatoire de certains actes dentaires dans le cadre de l'ALD diabète (coiffage pulpaire, bilan parodontal) depuis avril 2019 et dans le cadre du reste à charge 0 % (prothèses fixes et amovibles) à partir de janvier 2020 devrait diminuer l'impact du bénéfice d'une couverture complémentaire sur le recours à ces actes ; les écarts constatés selon les régimes d'assurance maladie devraient alors baisser.

La proximité et la disponibilité des praticiens jouent également un rôle. Ainsi le niveau d'accessibilité potentielle localisée (APL) au chirurgien-dentiste libéral de la commune de résidence est associé à la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant : cette probabilité est augmentée pour les diabétiques vivant dans une commune à fort APL (5ème quintile) comparé aux résidents des communes à très faible APL (1er quintile) avec un odd ratio de 1,40 [1,34 ; 1,47]), après ajustement sur les autres facteurs du modèle.

La proportion de diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant n'est pas significativement associée au bénéfice et à l'ancienneté de l'ALD diabète, en revanche elle augmente sensiblement avec le nombre de consultations annuelles avec un médecin généraliste, après ajustement sur les autres facteurs. Les personnes diabétiques ayant consulté 4 à 6 fois leur médecin généraliste en 2016, et plus encore celles l'ayant consulté au moins 7 fois, ont des probabilités supérieures d'avoir un parcours dentaire satisfaisant sur la période 2016-2018 comparé à celles ayant eu au maximum 3 consultations dans l'année (respectivement OR = 1,24 [1,19 ; 1,28] et OR = 1,66 [1,58 ; 1,74]). Cette association suggère le rôle central que jouent les médecins généralistes dans l'adhésion de leurs patients diabétiques aux recommandations de suivi bucco-dentaire.

Au total, cette étude met en évidence le niveau très faible du recours au cabinet dentaire des personnes diabétiques en Pays de la Loire comme au niveau national. Elle montre également que les facteurs explicatifs de ce faible recours sont variés et ont une force d'association modérée et comparable. Par conséquent, les leviers d'amélioration de la surveillance bucco-dentaire des personnes diabétiques sont multiples et doivent être mis en œuvre conjointement pour espérer un effet significatif.

De nombreuses études ont montré que l'insuffisance du recours au cabinet dentaire touche l'ensemble de la population générale, et de manière amplifiée les diabétiques. Plusieurs actions ont récemment été mises en place dans la population générale qui devraient, de fait, bénéficier aux personnes diabétiques, comme, par exemple, les dispositifs d'aide à l'installation ou au maintien des chirurgiens-dentistes dans des zones très sous-dotées, la mise en place du reste à charge 0 % et de la complémentaire santé solidaire.

Du fait d'une plus grande vulnérabilité sociale des personnes diabétiques et de l'impact avéré d'un mauvais état de santé bucco-dentaire sur le risque de déséquilibre et de complications du diabète, des mesures ciblant spécifiquement la population diabétique doivent également être mises en œuvre. Parmi celles-ci, le renforcement de la formation des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes concernant le suivi des personnes diabétiques ainsi qu'une meilleure coordination entre les deux professions, à travers par exemple, les maisons de santé pluridisciplinaires ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), permettraient probablement d'améliorer sensiblement la qualité du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques.

### **Le Système national des données de santé (SNDS)**

Ces études ont été menées à partir des données individuelles exhaustives du SNDS qui regroupe les données suivantes :

- données administratives et « sociales » sur les bénéficiaires des soins,
- données médicales concernant notamment les affections de longue durée (ALD) 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), et notamment la nature de la prestation remboursable avec codage détaillé des médicaments, des actes, des examens biologiques, des dispositifs médicaux... Datamarts DCIR (données exhaustives) et EGB (données échantillonnées au 1/97<sup>ème</sup>),
- données du PMSI concernant les séjours en établissement de santé de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), 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.



## 1. ÉVOLUTION DU TAUX DE RECOURS ANNUEL AU CABINET DENTAIRE DES PERSONNES DIABÉTIQUES ENTRE 2009 ET 2018

Dans ce chapitre, les données sont issues de l'EGB, échantillon généraliste des bénéficiaires, qui inclut un bénéficiaire sur 97. Ces données, disponibles pour le régime général d'assurance-maladie depuis 2006 pour les soins de ville et depuis 2009 pour les consultations externes, 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 2009, en cabinet de ville (activité libérale et activité salariée en centres de santé, en centres mutualistes et en consultations externes, quelle que soit la spécialité du professionnel de santé. Les bilans bucco-dentaires effectués en centre d'examen de santé dans le cadre de l'examen périodique de santé proposé gratuitement par les caisses locales du régime général (RG) et de la mutualité sociale agricole (MSA) ne sont pas pris en compte.

Le taux de recours au cabinet dentaire est estimé (voir méthode en [annexe A1](#)), pour une année donnée (2009, 2012, 2015 et 2018) chez les personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète cette même année, c'est-à-dire ayant eu au moins trois délivrances d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou deux si grand conditionnement) dans l'année.

### Un taux de recours annuel chez le chirurgien-dentiste des personnes diabétiques qui a légèrement progressé en 10 ans

En Pays de la Loire, comme au niveau national, la proportion de personnes ayant eu un recours au chirurgien-dentiste en ville (cf. encadré) parmi la population traitée pour un diabète est en progression depuis 2009. Dans la région, cette proportion passe de 35,8 % [32,2 % ; 39,5 %] en 2009 à 41,2 % [37,9 % ; 44,5 %] en 2018, à structure par âge comparable ; elle est proche de la moyenne française tout au long de la période ([Fig1](#)).

**Fig1. Évolution du taux de recours annuel au chirurgien-dentiste chez les personnes traitées pour un diabète**

Pays de la Loire, France, (2009-2018)



	Pays de la Loire			France
	Effectif échantillon	% brut (IC95%)	% stand <sup>1</sup> (IC95%)	% stand <sup>1</sup> (IC95%)
2009	728	33,2 [29,8 ; 36,6]	35,8 [32,2 ; 39,5]	36,5 [35,8 ; 37,2]
2012	940	36,9 [33,8 ; 39,9]	38,4 [35,2 ; 41,6]	37,9 [37,2 ; 38,5]
2015	1040	37,9 [35,0 ; 40,9]	38,3 [35,3 ; 41,3]	39,5 [38,8 ; 40,1]
2018	1153	34,4 [31,6 ; 37,1]	41,2 [37,9 ; 44,5]	40,8 [40,2 ; 41,4]

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 5-44 ans / 45-64 ans / 65-79 ans et 80 ans et plus issus du recensement de la population 2015

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 et en consultations externes). Personnes âgées de 5 ans et plus au 31 décembre de chaque année, régime général.

Lecture : Dans l'échantillon de 1153 personnes traitées par antidiabétiques en 2018 en Pays de la Loire, entre 31,6 % et 37,1 % ont eu au moins un recours au chirurgien-dentiste dans l'année.



## Un taux de recours annuel au chirurgien-dentiste en progrès dans toutes les classes d'âge et notamment chez les diabétiques de plus de 80 ans

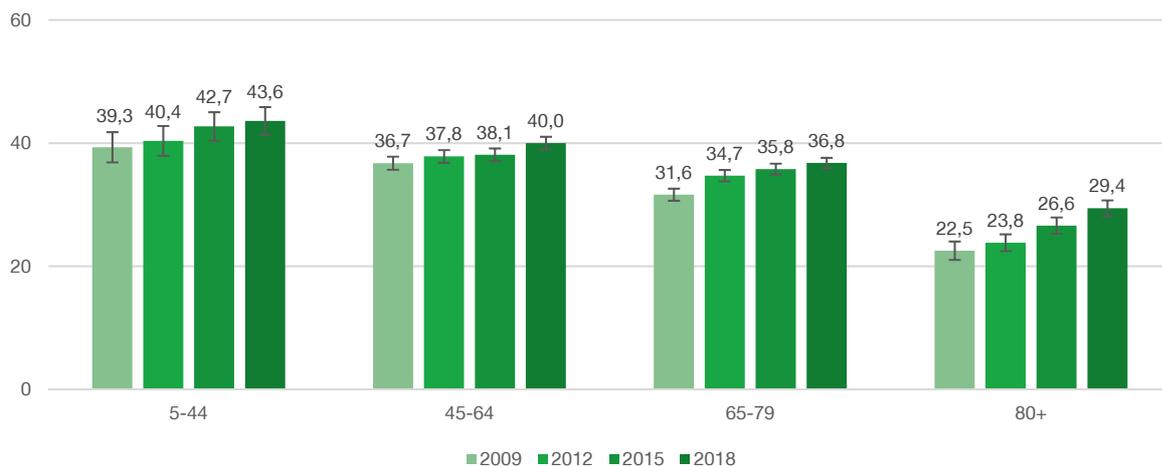
En France, le taux de recours annuel au chirurgien-dentiste parmi les personnes traitées pour un diabète, diminue avec l'âge. Ce constat se retrouve pour chacune des années étudiées (2009, 2012, 2015 et 2018).

En outre, le taux de recours annuel au chirurgien-dentiste est en très légère augmentation entre 2009 et 2018 chez les diabétiques de moins de 80 ans passant de 39,3 % à 43,6 % chez les moins de 45 ans, de 36,7 % à 40,0 % chez les 45-54 ans et de 31,6 % à 36,8 % chez les 65-79 ans. Au-delà de 80 ans, l'augmentation est plus sensible : 22,5 % en 2009 à 29,8 % en 2018, mais le taux reste, en 2018, nettement plus faible que pour les classes d'âge plus jeunes (Fig2).

Faute d'effectifs suffisants, les résultats régionaux ne sont pas présentés.

**Fig2. Évolution du taux de recours annuel au chirurgien-dentiste des personnes traitées pour un diabète, selon l'âge**

France, (2009-2018)



<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 5-44 ans / 45-64 ans / 65-79 ans et 80 ans et plus issus du recensement de la population 2015

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 et en consultations externes. Personnes âgées de 5 ans et plus au 31 décembre de chaque année, régime général.

Remarque : du fait d'un trop faible effectif par classes d'âge, les résultats ne sont pas présentés pour la région Pays de la Loire

Lecture : En France, 36,7 % des personnes âgées de 45 à 64 ans traitées par antidiabétiques ont eu au moins un recours au chirurgien-dentiste en 2009 ; cette proportion est de 36,8% en 2018

## 2. RECOURS AU CABINET DENTAIRE DES PERSONNES DIABÉTIQUES, SUR UNE PÉRIODE DE 3 ANS

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

Le recours au cabinet dentaire au cours de la période 2016-2018 est étudié chez les personnes, âgées de 5 ans et plus, prises en charge pour un diabète en 2015 (et toujours en vie au 01/01/2018), selon la définition retenue par la Cnam dans sa cartographie des pathologies et des dépenses, c'est-à-dire les personnes traitées par antidiabétiques oraux ou insuline et / ou ayant une ALD active pour diabète et / ou ayant été hospitalisées pour un diabète ou une complication du diabète. Les diabétiques de type 1 et 2 sont pris en compte dans ces analyses, sans distinction [1].

Les recours au cabinet dentaire pris en compte sont ceux réalisés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2018, 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 les caisses locales du régime général et de la MSA ne sont pas pris en compte (voir méthode en [annexe A1](#) et algorithme d'identification en [annexe A2](#)).



L'analyse du recours au cabinet dentaire sur une période de trois années consécutives permet de distinguer les personnes diabétiques qui ont un parcours dentaire satisfaisant, c'est-à-dire un recours tous les ans, de celles dont le parcours est insuffisant ou inexistant.

### Un recours régulier au cabinet dentaire très faible chez les diabétiques comme en population générale

En Pays de la Loire, seulement 15,7 % des personnes prises en charge par l'assurance maladie obligatoire pour un diabète en 2015 (voir encadré), ont eu un recours au cabinet dentaire chacune des trois années suivantes (2016 à 2018).

À structure par âge comparable, cette proportion est légèrement inférieure à celle observée en population générale (15,7 % vs. 16,9 % Fig3).

Cette proportion est très faible au regard des recommandations (HAS, UFSBD) qui préconisent pour l'ensemble de la population, un suivi annuel par un chirurgien-dentiste, en plus d'un brossage biquotidien des dents.

Pour les diabétiques de type 1 comme de type 2, cette recommandation est rappelée par de nombreux acteurs de santé : HAS [2][3], caisse nationale d'assurance maladie [4], professionnels de santé et associations d'usagers [5].

Du fait du lien étroit entre diabète et complications dentaires (encadré **Lien entre santé bucco-dentaire et diabète**), l'UFSBD recommande une visite de contrôle chez le chirurgien-dentiste tous les 6 mois [6]. Pourtant, la proportion de personnes diabétiques ayant eu un recours au cabinet dentaire lors de chaque semestre au cours des 3 années 2016-2018 n'est que de 5,9 % (Fig3).

En outre, plus d'un tiers des personnes prises en charge pour un diabète en 2015 n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire au cours des trois années suivantes (Fig3).

Ce très faible recours au cabinet dentaire est tout de même légèrement supérieur dans la région qu'au niveau national, pour la population des diabétiques comme pour la population générale (Fig3).

**Fig3. Fréquence du recours au cabinet dentaire sur une période de 3 ans, chez les personnes prises en charge pour un diabète en 2015**

Pays de la Loire, France, (2016-2018)

	Pays de la Loire			France		
	Pop Diabétique (N=154 454)		Pop générale	Pop Diabétique (N=3 328 998)		Pop générale
	effectif	% brut	% stand <sup>1</sup>	% stand <sup>1</sup>	% stand <sup>1</sup>	% stand <sup>1</sup>
<b>Au moins un recours tous les 6 mois<sup>2</sup></b>	9 179	5,9	5,5	6,1	5,2	5,6
<b>Au moins un recours par an</b>	25 838	16,7	16,8	18,3	15,7	16,9
<b>Aucun recours</b>	56 017	36,3	30,8	26,7	33,0	29,7

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 5-24 ans / 25-44 ans / 45-64 ans / 65-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

<sup>2</sup> Sont dans cette catégorie, les personnes ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire au cours de 5 semestres parmi les 6 de la période étudiée (2016-2018)

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 diabétiques âgées de 5 ans et plus au 31/12/2015, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en Pays de la Loire, 9 179 personnes parmi les 154 454 diabétiques pris en charge, soit 5,9 %, ont eu un recours tous les 6 mois entre 2016 et 2018. A structure par âge comparable, cette proportion est légèrement supérieure comparée au niveau national (6,1 % vs. 5,6 %).

#### Encadré Lien entre santé bucco-dentaire et diabète

- De nombreuses recherches ont démontré un lien bidirectionnel entre maladie parodontale et diabète. En effet, le diabète, surtout lorsqu'il est mal contrôlé, est associé à une prévalence, une ampleur et une gravité accrues de la gingivite et de la parodontite.
- À l'inverse, en tant que processus infectieux avec une composante inflammatoire importante, la parodontite est aussi un facteur aggravant du diabète puisque l'inflammation parodontale augmente, via le sang, l'insulinorésistance [7].
- L'évidence d'une corrélation entre diabète et parodontite est plus marquée pour le diabète de type 2 [8].
- Actuellement la maladie parodontale est reconnue comme la 6e complication du diabète après les rétinopathies, les néphropathies, les neuropathies, les maladies macrovasculaires, le retard de cicatrisation [9].
- De nombreux travaux tendent à montrer que les thérapeutiques parodontales améliorent l'équilibre glycémique [10].



Dans la suite de ce document, les personnes ayant eu au moins un recours au cabinet dentaire chacune des trois années au cours de la période 2016 à 2018 sont définies comme ayant eu un parcours dentaire satisfaisant. Parmi celles n'ayant pas un parcours dentaire satisfaisant, sont distinguées celles ayant eu un recours au cabinet dentaire au cours d'une seule ou de deux des trois années de celles n'ayant eu aucun recours en trois ans. Les premières sont considérées comme ayant un parcours dentaire insuffisant alors que les deuxièmes ont un parcours dentaire inexistant.

### Des recours curatifs majoritaires, notamment parmi les diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant

Sur la période 2016 - 2018, 16,6 % des diabétiques ligériens ont eu un parcours dentaire satisfaisant, 47 % ont eu un parcours dentaire insuffisant et 36,4 % n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire (Fig4).

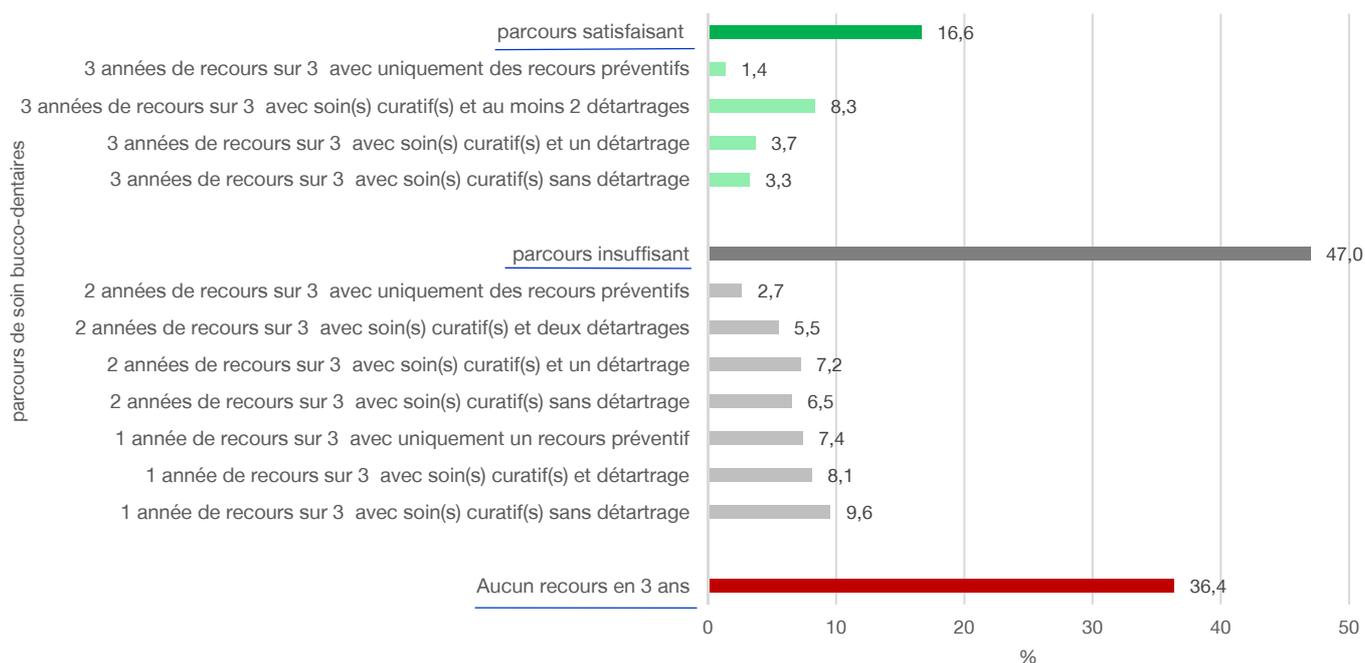
La très grande majorité des diabétiques ayant eu un parcours dentaire satisfaisant (92 % d'entre eux), avaient eu au moins un soin curatif au cours des trois années ; néanmoins au moins un acte de détartrage était souvent retrouvé dans ces parcours curatifs (Fig5).

Parmi les diabétiques ayant un parcours dentaire insuffisant, la part des personnes ayant eu un parcours préventif (uniquement consultation, radiologie ou détartrage) est plus importante que parmi les diabétiques ayant eu un parcours dentaire satisfaisant (22 % vs. 8 %) (Fig5). Cette différence peut s'expliquer par un suivi bucco-dentaire moins régulier chez les personnes sans problème dentaire mais elle peut également résulter d'un renoncement à des soins proposés lors de la consultation avec le chirurgien-dentiste, souvent du fait d'un reste à charge jugé trop important.

Les données du SNDS ne permettent pas de connaître le besoin en soins dentaires des personnes n'ayant eu aucun recours au cours des trois années.

**Fig4. Fréquence du recours au cabinet dentaire sur une période de 3 ans, chez les personnes prises en charge pour un diabète en 2015, par type de parcours de soins**

Pays de la Loire (2016-2018)



Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cham / 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 diabétiques âgées de 5 ans et plus au 31/12/2015, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en Pays de la Loire, 16,6 % de personnes prises en charge pour un diabète en 2015 ont eu un parcours au cabinet dentaire satisfaisant entre 2016 et 2018.



**Fig5. Description des parcours de soins au cabinet dentaire sur une période de 3 ans, chez les personnes prises en charge pour un diabète en 2015**  
Pays de la Loire (2016-2018)



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 diabétiques âgées de 5 ans et plus au 31/12/2015, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en Pays de la Loire, la moitié des diabétiques ayant eu un parcours dentaire satisfaisant a eu au moins un soin curatif et 2 actes de détartrages au cours de la période 2016-2018.

## 2.1. FRÉQUENCE DU RECOURS SELON LES TERRITOIRES DES PAYS DE LA LOIRE

### Des parcours dentaires majoritairement insuffisants dans l'ensemble des départements de la région

Dans l'ensemble des départements, le recours au cabinet dentaire sur une période de 3 ans est légèrement meilleur dans la population générale que chez les diabétiques, à structure par âge comparable.

Dans les 5 départements, plus de la moitié des diabétiques ont un parcours dentaire insuffisant, c'est à dire avec un recours au cabinet dentaire au cours d'une ou de deux années sur les 3 ans de la période étudiée (2016-2018) (Fig6a).

### Des parcours dentaires satisfaisants particulièrement rares chez les diabétiques de Mayenne et de Sarthe

Des différences départementales importantes concernent la proportion de diabétiques ayant eu un parcours dentaire satisfaisant et la proportion de ceux n'ayant eu aucun recours au cabinet dentaire en 3 ans. En effet, la proportion de diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant est de 19 % en Loire-Atlantique et Vendée, 17 % en Maine-et-Loire et 12,5 % en Sarthe et en Mayenne. *A contrario*, la proportion de diabétiques n'ayant eu aucun recours au cabinet dentaire en 3 ans est de 33 % en Loire-Atlantique et en Vendée alors qu'elle est supérieure à 41 % en Mayenne et en Sarthe.

Les proportions standardisées selon l'âge, qui permettent de gommer les effets liés aux différences de structure par âge des populations départementales ne modifient pas ce constat (Fig6a et 6b).



**Fig6a. Fréquence du recours au cabinet dentaire sur une période de 3 ans, chez les personnes prises en charge pour un diabète en 2015, selon les départements**

France, Pays de la Loire, départements (2016-2018)

	Pays de la Loire				Loire-Atlantique				Maine-et-Loire			
	Pop diabétique (N = 154 454)			Pop générale	Pop diabétique (N = 48 588)			Pop générale	Pop diabétique (N = 33 599)			Pop générale
	effectif	% brut	% stand <sup>1</sup>	% stand <sup>1</sup>	effectif	% brut	% stand <sup>1</sup>	% stand <sup>1</sup>	effectif	% brut	% stand <sup>1</sup>	% stand <sup>1</sup>
<b>Parcours satisfaisant (au moins un recours par an)</b>	25 838	16,7	16,8	18,3	9 126	18,8	19,0	19,8	5 743	17,1	17,4	18,2
<b>Parcours insuffisant (une ou 2 années avec recours)</b>	72 718	47	52,4	55	23 252	47,9	52,9	55,5	15 718	46,8	51,9	54,8
<b>Aucun recours en 3 ans</b>	56 017	36,3	30,8	26,7	16 210	33,3	28,1	24,7	12 138	36,1	30,7	27,0
<b>total</b>	154 573	100	100	100	48 588	100	100	100	33 599	100	100	100

	Mayenne				Sarthe				Vendée			
	Pop diabétique (N = 11 549)			Pop générale	Pop diabétique (N = 28 092)			Pop générale	Pop diabétique (N = 32 641)			Pop générale
	effectif	% brut	% stand <sup>1</sup>	% stand <sup>1</sup>	effectif	% brut	% stand <sup>1</sup>	% stand <sup>1</sup>	effectif	% brut	% stand <sup>1</sup>	% stand <sup>1</sup>
<b>Parcours satisfaisant (au moins un recours par an)</b>	1 443	12,5	13,3	16,3	3 506	12,5	12,8	15,0	6 020	18,4	16,7	19,0
<b>Parcours insuffisant (une ou 2 années avec recours)</b>	5 149	44,6	51,3	54,6	12 790	45,6	51,6	53,8	15 639	47,8	53,3	55,5
<b>Aucun recours en 3 ans</b>	4 957	42,9	35,4	29,1	11 796	41,9	35,6	31,2	10 982	33,8	30,0	25,5
<b>total</b>	11 549	100	100	100	28 092	100	100	100	32 641	100	100	100

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 5-24 ans / 25-44 ans / 45-64 ans / 65-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

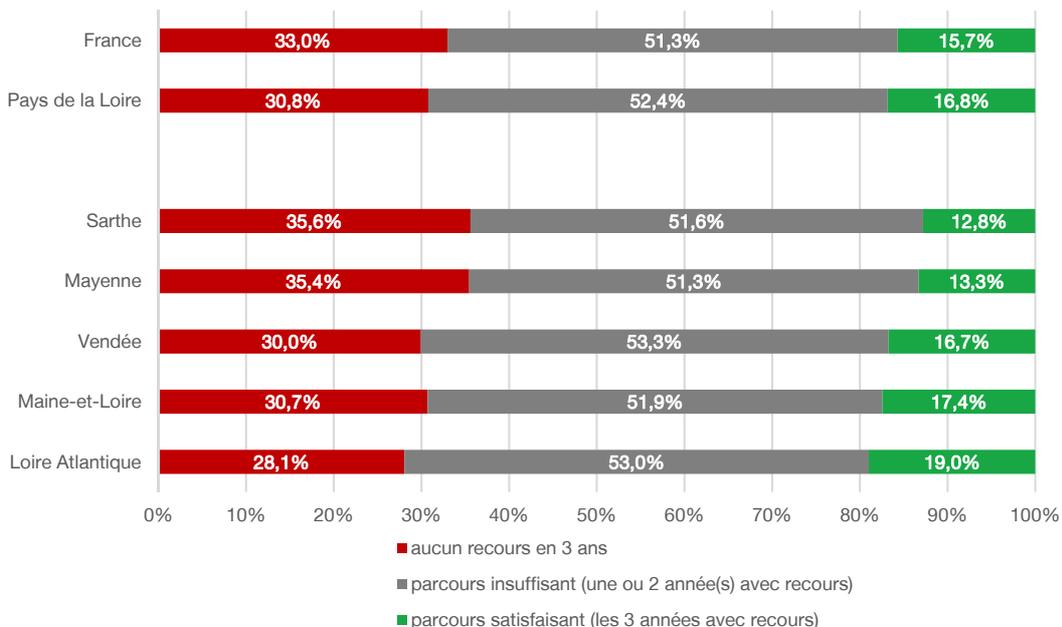
Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

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 diabétiques âgées de 5 ans et plus au 31/12/2015, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en Mayenne, 4957 personnes diabétiques n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire 3 années consécutives, soit 42,9% des diabétiques du département. La proportion standardisée selon l'âge, de personnes n'ayant eu aucun recours au cabinet dentaire en 3 ans est supérieure parmi les diabétiques (35,4 %) qu'en population générale (29,1 %) dans ce département.

**Fig6b. Fréquence du recours au cabinet dentaire selon les recommandations, chez les personnes prises en charge pour un diabète en 2015**

France, Pays de la Loire, départements (2016-2018)



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 diabétiques âgées de 5 ans et plus au 31/12/2015, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en Loire-Atlantique, 19 % des personnes diabétiques ont eu un parcours dentaire satisfaisant, c'est-à-dire avec au moins un recours au cabinet dentaire chacune des 3 années. À structure par âge comparable, il s'agit du département de la région où cette proportion est la plus élevée.



### Des taux de parcours satisfaisant qui peuvent varier du simple au triple selon les EPCI d'un même département

Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) où les proportions standardisées de diabétiques ayant eu un parcours dentaire satisfaisant sont les plus élevées (supérieures à 18 %) se trouvent majoritairement en Loire-Atlantique et sur le littoral Vendéen. *A contrario*, les EPCI où les proportions de parcours dentaire satisfaisant sont minimales (inférieures à 10 %) se situent en Sarthe et dans l'est-Mayennais (**Fig7a et 7b**).

Au sein des départements, les proportions de personnes diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant varient fortement d'un EPCI à l'autre avec des taux pouvant aller du simple au triple.

Ainsi, en Mayenne, cette proportion standardisée est dans l'EPCI de la communauté de communes (CC) du Mont des Avaloirs de 5,4 % alors qu'elle est de 18,2 % dans l'EPCI de la CC du Bocage Mayennais.

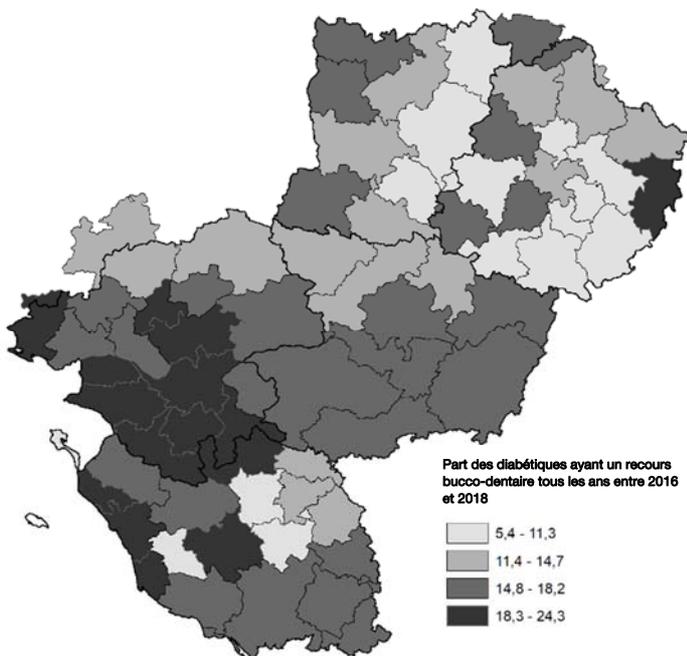
Dans la Sarthe, la plus faible proportion de recours dentaire satisfaisant se trouve dans l'EPCI de la CC Loué - Brûlon - Noyen avec 5,9 %, alors que la plus élevée atteint 18,6 % dans la CC des Vallées de la Braye et de l'Anille.

L'EPCI de CC Pays de Chantonay avec 10,8 % est l'EPCI Vendéenne à la plus faible proportion de parcours dentaire satisfaisant, alors que celle des Sables d'Olonne Agglomération a la proportion la plus élevée du département avec 24,2 % des diabétiques.

Les écarts sont moindres dans les deux autres départements : en Loire-Atlantique, la proportion de diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant est minimale dans la CC Châteaubriant-Derval (13,5 %) et maximale dans celle du Sud Estuaire (24,3 %) ; dans le Maine et Loire, l'écart est de 4 points entre la proportion la plus faible (EPCI CC Anjou Bleu Communauté avec 13,6 %) et la proportion la plus élevée (EPCI CU Angers Loire Métropole avec 17,6 %) (**Fig7b**).

Dans la majorité des EPCI, la proportion de parcours dentaire satisfaisant est inférieure parmi la population de diabétiques qu'en population générale. Les différences les plus importantes se retrouvent dans les EPCI où cette proportion est très faible chez les diabétiques (inférieure à 12 %). Toutefois, quelques EPCI présentent une tendance inverse avec une proportion de personnes ayant un parcours dentaire satisfaisant supérieure dans la population diabétique qu'en population générale : les CC du Sud Estuaire, du Bocage Mayennais, du Pays de la Châtaigneraie, et Vendée, Sèvre, Autise (**Fig7b**).

**Fig7a. Proportion<sup>1</sup> de personnes prises en charge pour un diabète en 2015, ayant eu un recours au cabinet dentaire chacune des 3 années 2016 à 2018, par intercommunalités (zonage EPCI 2019 de l'ARS)**



<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 5-24 ans / 25-44 ans / 45-64 ans / 65-84 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 diabétiques âgées de 5 ans et plus au 31/12/2015, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : En Vendée, les EPCI du littoral (Les Sables d'Olonne Agglomération, la CC du Pays de St Gilles-Croix-de-Vie et la CC Océan Marais de Monts) ainsi que l'EPCI de La Roche sur Yon - Agglomération sont celles où la proportion de diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant est la plus élevée, avec des proportions supérieures à 18,3 % (couleur gris foncé).



**Fig7b. Proportion<sup>1</sup> de personnes prises en charge pour un diabète en 2015, ayant eu un recours au cabinet dentaire chacune des 3 années 2016 à 2018, par intercommunalités (zonage EPCI 2019 de l'ARS)**

EPCI des Pays de la Loire		population diabétique			population générale
		N pop <sup>o</sup> diabétique	Taux brut	Taux stand <sup>1</sup>	Taux stand <sup>1</sup>
20000438	CC du Pays de Pontchâteau St-Gildas-des-Bois	1208	13,5%	15,9%	16,3%
200023778	CC du Pays de St Gilles-Croix-de-Vie	3402	20,5%	18,6%	20,9%
200033298	CC des Coëvrons	1258	9,9%	9,5%	14,4%
200040475	CC Loué - Brûlon - Noyen	871	8,4%	5,9%	12,0%
200042182	CC du Mont des Avaloirs	947	7,5%	5,4%	12,2%
200048551	CC du Pays de Craon	990	12,0%	15,5%	14,7%
200055887	CC Mayenne Communauté	1310	13,2%	12,8%	16,9%
200060010	CA Mauges Communauté	4586	16,0%	17,7%	17,9%
200067346	CA Pornic Agglo Pays de Retz	2599	20,3%	18,9%	20,8%
200067635	CA Clisson Sèvre et Maine Agglo	1728	19,7%	19,5%	20,5%
200067866	CC Sèvre et Loire	1557	13,6%	15,8%	17,6%
200068955	CC Anjou Loir et Sarthe	1208	13,3%	13,9%	17,1%
200068963	CC Maine Coeur de Sarthe	981	12,4%	9,0%	15,4%
200070233	CC Terres de Montaigu, CC Montaigu-Rocheservière	1623	18,0%	18,4%	17,8%
200070373	CC Loir-Lucé-Bercé	1585	9,7%	8,8%	12,9%
200071165	CA Les Sables d'Olonne Agglomération	3076	23,2%	24,2%	21,3%
200071546	CC Sud Retz Atlantique	1140	15,6%	18,8%	17,2%
200071553	CC Loire Layon Aubance	2256	17,8%	17,0%	19,5%
200071629	CC Challans-Gois Communauté	2484	18,1%	16,0%	19,2%
200071678	CA Agglomération du Choletais	4411	17,9%	15,8%	19,1%
200071868	CC des Vallées du Haut-Anjou	1316	14,9%	14,0%	16,2%
200071876	CA Saumur Val de Loire	5002	17,1%	17,4%	17,9%
200071900	CC Vendée Grand Littoral	2106	21,2%	15,7%	19,6%
200071918	CC du Pays de Saint-Fulgent - Les Essarts	859	15,3%	11,3%	18,4%
200071934	CC du Pays de Fontenay-Vendée	1830	14,8%	15,9%	15,7%
200072676	CC Maine Saosnois	1733	9,7%	13,3%	12,0%
200072684	CC Le Gesnois Bilurien	1434	10,3%	11,0%	14,2%
200072692	CC des Vallées de la Braye et de l'Anille	951	14,7%	18,6%	16,2%
200072700	CC Haute Sarthe Alpes Mancelles	1226	10,4%	12,6%	14,1%
200072718	CC de la Champagne Conlinoise et du Pays de Sillé	906	12,0%	15,2%	14,5%
200072726	CC Châteaubriant-Derval	1727	13,5%	13,5%	14,4%
200072734	CC Estuaire et Sillon	1163	16,1%	16,3%	17,9%
200072882	CC de Vie et Boulogne	1571	17,5%	15,2%	18,5%
200073112	CC Sud Sarthe	1422	11,2%	10,4%	12,9%
200073260	CC Sud Vendée Littoral	3049	17,5%	16,6%	18,7%
200083392	CA Laval Agglomération	3935	14,6%	13,5%	18,0%
243500741	CA Redon Agglomération	2693	13,4%	12,3%	15,8%
244400404	Nantes Métropole	20450	20,1%	19,1%	21,0%
244400438	CC de Grand Lieu	1182	16,2%	20,1%	18,8%
244400453	CC de la Région de Blain	580	14,3%	21,2%	18,7%
244400503	CC d'Erdre et Gesvres	1782	18,5%	21,0%	19,8%
244400537	CC de Nozay	538	11,2%	16,9%	15,0%
244400552	CC du Pays d'Ancenis	2302	16,9%	15,8%	19,5%
244400586	CC du Sud Estuaire	1207	20,8%	24,3%	20,3%
244400610	CA de la Presqu'île de Guérande Atlantique (CAP ATLANTIQUE)	3546	21,3%	21,5%	21,8%
244400644	CA de la Région Nazairienne et de l'Estuaire (CARENE)	5343	18,2%	17,2%	18,3%
244900015	CU Angers Loire Métropole	11517	18,4%	17,6%	19,1%
244900809	CC Anjou Bleu Communauté	1327	13,1%	13,6%	14,7%
244900882	CC Baugeois Vallée	1733	14,1%	16,5%	15,6%
245300223	CC du Pays de Meslay-Grez	499	11,0%	9,4%	14,9%
245300355	CC de l'Ernée	673	12,9%	16,7%	18,0%
245300389	CC du Bocage Mayennais	816	11,9%	18,2%	15,7%
245300447	CC du Pays de Château-Gontier	1060	11,6%	14,7%	14,8%
246100663	CU d'Alençon	3052	14,0%	16,2%	17,8%
247200090	CC de Sablé-sur-Sarthe	1222	13,7%	15,6%	14,7%
247200132	CU Le Mans Métropole	9568	13,7%	12,4%	16,0%
247200348	CC du Pays Fléchois	1252	12,0%	10,6%	14,7%
247200421	CC du Sud Est du Pays Manceau	708	11,3%	7,5%	16,2%
247200447	CC Orée de Bercé - Belinois	923	12,8%	10,7%	14,9%
247200629	CC du Val de Sarthe	1441	14,0%	16,2%	15,9%
247200686	CC du Pays de l'Huisne Sarthoise	1512	14,5%	14,1%	16,2%
248500191	CC de l'Île de Noirmoutier	595	14,5%	10,7%	17,0%
248500258	CC Océan Marais de Monts	1228	18,7%	21,8%	19,1%
248500340	CC Pays de Chantonay	920	13,3%	10,8%	14,9%
248500415	CC du Pays de la Châtaigneraie	830	13,3%	16,2%	13,7%
248500464	CC du Pays de Pouzauges	1028	15,4%	13,1%	18,9%
248500530	CC du Pays des Achards	698	16,5%	11,3%	18,1%
248500563	CC Vendée, Sèvre, Autise	824	11,7%	17,1%	14,8%
248500589	CA La Roche sur Yon - Agglomération	3859	22,2%	19,1%	21,4%
248500621	CC du Pays des Herbiers	1026	17,1%	13,6%	19,4%
248500662	CC du Pays de Mortagne	1010	16,1%	12,8%	18,5%



## 2.2. FRÉQUENCE DU RECOURS SELON L'ÂGE

### Au-delà de 75 ans, près d'un diabétique sur deux n'a eu aucun recours au cabinet dentaire en 3 ans

La part de diabétiques n'ayant eu aucun recours au cabinet dentaire au cours de trois années consécutives est de 23 % chez les personnes âgées de 5 à 19 ans en 2015, de 28 % chez les 20-44 ans, de 33 % chez les 45-74 ans et atteint 46 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus (Fig8). À partir de cet âge, elle augmente fortement, passant de 39 % chez les 75-79 ans à 63 % chez les 90 ans et plus (Fig9).

### Près de deux tiers des diabétiques de 5 à 19 ans ont eu un recours au cabinet dentaire insuffisant

Chez les enfants diabétiques, le recours au cabinet dentaire est le plus souvent existant mais insuffisant avec des recours au cabinet dentaire retrouvés au cours d'une seule ou de deux années au lieu des 3 années recommandées. En effet, 63 % ont eu un recours insuffisant alors qu'ils sont seulement 14 % à avoir eu au moins un recours par an entre 2016 et 2018 (Fig8).

### Un recours dentaire satisfaisant stable chez les diabétiques de 35 à 75 ans et qui diminue fortement à partir de 75 ans

Très faible entre 15 et 24 ans (moins de 13 %), la proportion de diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant augmente légèrement à partir de 25 ans et atteint un plateau maximal entre 35 et 75 ans autour de 18 %. Après 75 ans, les diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant sont de plus en plus rares, à mesure que leur âge augmente : de 16 % entre 75 et 79 ans à seulement 6 % des 90 ans et plus (Fig8 et 9).

**Fig8. Fréquence du recours au cabinet dentaire sur une période de 3 ans, chez les personnes prises en charge pour un diabète en 2015, par type de parcours de soins, selon l'âge**

Pays de la Loire (2016-2018)

	5-19 ans			20-44 ans			45-74 ans			75 ans et +		
	Pays de la Loire		France	Pays de la Loire		France	Pays de la Loire		France	Pays de la Loire		France
	N	%	%	N	%	%	N	%	%	N	%	%
<b>Aucun recours en 3 ans</b>	309	22,9	26,6	2 426	27,9	29	33 507	33,5	36,1	19 927	44,9	49
<b>Recours insuffisant</b>	844	62,7	59,9	4 784	55,1	54,2	48 101	48,1	47,4	18 835	42,4	39,8
<b>Recours satisfaisant</b>	194	14,4	13,5	1 478	17	16,8	18 387	18,4	16,5	5 662	12,8	11,2
<b>total</b>	1 347	100	100	8 688	100	100	99 995	100	100	44 424	100,1	100

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 5-24 ans / 25-44 ans / 45-64 ans / 65-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

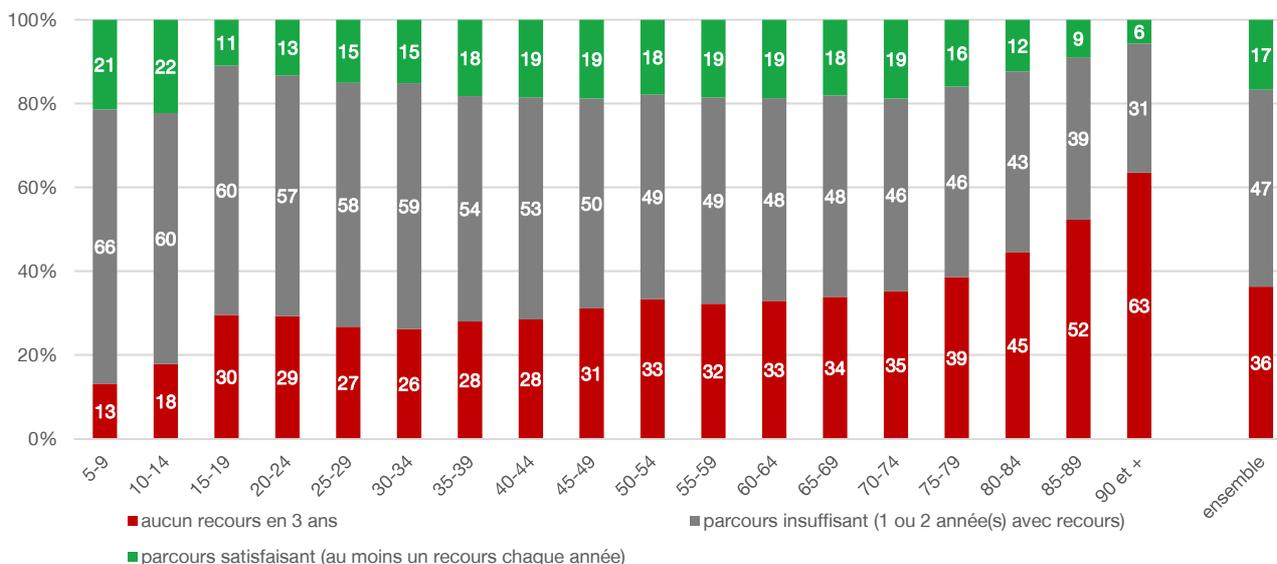
Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

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 diabétiques âgées de 5 ans et plus au 31/12/2015, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en Pays de la Loire, 33,5 % des personnes diabétiques âgées de 45 à 74 ans (33 507 / 99 995) n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire au cours des trois années 2016 à 2018.



**Fig9. Fréquence du recours au cabinet dentaire sur une période de 3 ans, chez les personnes prises en charge pour un diabète en 2015, selon l'âge**  
Pays de la Loire (2016-2018)



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 diabétiques âgées de 5 ans et plus au 31/12/2015, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en Pays de la Loire, 63% des diabétiques de 90 ans et plus n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire entre 2016 et 2018.

### 2.3. FRÉQUENCE DU RECOURS SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE

**La proportion de diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant est peu associée au bénéfice et à l'ancienneté de l'ALD diabète ...**

La proportion de diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant est très légèrement plus élevée chez les personnes prises en charge au titre d'une ALD pour leur diabète, comparée à celles sans ALD, à structure par âge comparable. L'ancienneté de l'ALD diabète ne semble pas être liée au fait d'avoir un parcours dentaire satisfaisant (Fig10).

**... mais augmente sensiblement avec le nombre de consultations annuelles avec un médecin généraliste**

La proportion de personnes ayant un recours annuel au cabinet dentaire sur la période 2016-2018, est très faible chez les diabétiques ayant consulté moins de 3 fois un médecin généraliste en 2016 (12,8 %). Cette proportion augmente à mesure que le nombre de consultations chez le médecin généraliste augmente ; elle atteint 20,1 % chez les diabétiques ayant eu au moins 12 consultations chez le médecin généraliste en 2016. Ce constat se retrouve au niveau national. (Fig10).

L'absence de recours au cabinet dentaire au cours des 3 années est également très liée au nombre de consultations avec le médecin généraliste. La proportion de personnes diabétiques n'ayant eu aucun recours au cabinet dentaire entre 2016 et 2018 est égale à 37,7 % parmi celles ayant eu moins de 3 consultations chez le médecin généraliste en 2016 alors qu'elle est de 26,8 % chez les diabétiques ayant consulté leur médecin généraliste entre 6 et 12 fois dans l'année (Fig11).



**Fig10. Proportion de parcours satisfaisant au cabinet dentaire sur une période de 3 ans, chez les personnes diabétiques, selon les caractéristiques de prise en charge du diabète**

Pays de la Loire, France (2016-2018)

Parcours bucco-dentaire satisfaisant		Pays de la Loire			France
		effectif	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	taux stand <sup>1</sup>
<b>Nombre d'année d'ancienneté de l'ALD pour diabète au 31/12/2016</b>	Pas d'ALD	3 516	16,4	15,3	15,2
	3 ans ou moins	6 111	17,2	16,4	15,1
	Entre 4 et 9 ans	8 472	16,9	16,5	15,3
	10 ans ou plus	7 622	16,0	16,9	16,0
<b>Nombre de consultations chez le médecin généraliste (ou pédiatre pour les moins de 16 ans) en 2016</b>	Entre 0 et 3	2738	13,0	12,8	11,8
	Entre 4 et 6	10890	15,9	15,1	14,6
	Entre 7 et 12	8883	18,6	18,7	16,9
	Plus de 12	3210	18,9	20,1	17,7

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 5-24 ans /25-44 ans/ 45-64 ans / 65-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015

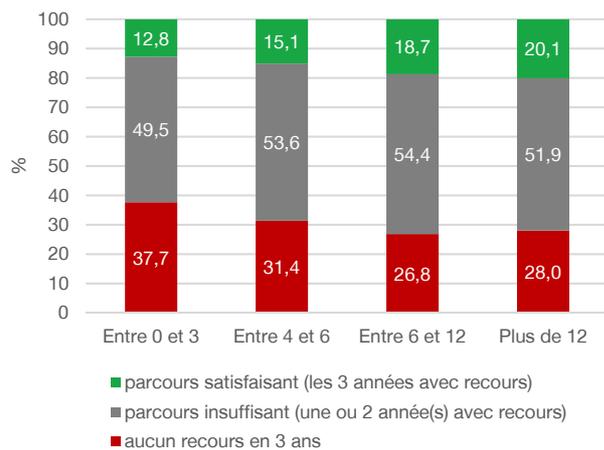
Sources : SNDS-DCIR/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire

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 diabétiques âgées de 5 ans et plus au 31/12/2015, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en Pays de la Loire, parmi les personnes diabétiques ayant eu au maximum 3 consultations chez un médecin généraliste au cours de l'année 2016, 13% (soit 2738 personnes) ont eu un parcours dentaire satisfaisant au cours de la période 2016-2018 *versus* 18,9 % parmi celles ayant consulté plus de 12 fois un médecin généraliste en 2016.

**Fig11. Fréquence du recours au cabinet entre 2016 et 2018 chez les diabétiques, selon la fréquence du recours au médecin généraliste en 2016**

Pays de la Loire, (2016-2018)



<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 5-24 ans /25-44 ans/ 45-64 ans / 65-84 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 diabétiques âgées de 5 ans et plus au 31/12/2015, tous régimes d'assurance maladie.

Lecture : en pays de la Loire, 37,7 % des diabétiques ayant consulté au maximum 3 fois un médecin généraliste en 2016, n'ont eu aucun recours au cabinet dentaire entre 2016 et 2018.

## 2.4. FRÉQUENCE DU RECOURS SELON LES AUTRES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES

**Un parcours dentaire satisfaisant nettement plus rare chez les personnes assurées à la mutualité sociale agricole (MSA) et dans une moindre mesure chez les diabétiques bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS**

Le régime d'assurance maladie obligatoire est un indicateur couvrant plusieurs dimensions :

- démographique et sociale, notamment pour certains régimes comme les sections locales mutualistes (SLM) qui assurent majoritairement des fonctionnaires ou la MSA qui couvre les exploitants agricoles.
- de qualité de la prise en charge en matière de soins dentaires. La prise en charge des soins dentaires par l'assurance maladie obligatoire est la même quels que soient les régimes. Cependant, l'accès aux mutuelles prenant en charge la part complémentaire, pouvant être importante pour certains soins dentaires, est différentiel selon les régimes : obligatoire pour les fonctionnaires et la majorité des salariés du régime général (RG), il est optionnel pour les bénéficiaires du régime social des indépendants (RSI) et les agriculteurs.



Près d'un quart des diabétiques affiliés à SLM ont eu un parcours dentaire satisfaisant, soit plus du double des diabétiques couverts par la MSA (11,7 %). Une fois prise en compte la différence de structure d'âge, l'écart se réduit mais reste important (21 % vs 13,9 %). La part des bénéficiaires du RG et du RSI ayant un parcours dentaire satisfaisant est autour de 16 % (Fig12).

Dans la région, 1401 personnes diabétiques bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS) ont eu un parcours dentaire satisfaisant entre 2016 et 2018, soit 14,5 % des diabétiques bénéficiaires de ces aides. Cette proportion est inférieure à celle obtenue chez les autres diabétiques (16,8 %). Après prise en compte des différences de structure d'âge entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, l'écart se réduit et n'est plus que de 0,8 point (15,5 % vs 16,3 %) (Fig12).

### Un parcours dentaire satisfaisant légèrement plus fréquent chez les femmes et chez les personnes polymédiquées

Le diabète étant une maladie chronique, la part des personnes diabétiques chez les personnes très âgées est donc importante. Or aux âges élevés, en population générale comme dans la population de diabétiques, les femmes sont majoritaires. Il convient donc de prendre en compte cette différence d'âge dans la comparaison des parcours dentaires selon le genre. Ainsi, une fois standardisée selon l'âge, la proportion de femmes ayant un parcours dentaire satisfaisant est supérieure à celle des hommes (17,5 % vs 15,4 %) (Fig12).

Comme pour les femmes, les diabétiques polymédiqués sont en moyenne plus âgés que les diabétiques non polymédiqués. Lorsque l'on prend en compte leur différence de structure d'âge, la proportion de personnes ayant un parcours dentaire satisfaisant devient supérieure chez les diabétiques polymédiqués que chez les non polymédiqués (19,7 % vs 16,2 %) (Fig12).

### Presqu'aucune personne diabétique hébergée en Ehpad n'a un parcours dentaire satisfaisant.

Seules 3,6 % des personnes diabétiques de 75 ans et plus résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ont un parcours dentaire satisfaisant. À structure par âge équivalente, cette proportion est plus de 3 fois plus élevée chez les diabétiques de 75 ans et plus vivant à leur domicile (16,9 % vs 4,8 %) (Fig12). Le très faible recours au cabinet dentaire a également été observé parmi l'ensemble des personnes hébergées en Ehpad, diabétiques ou non [11], traduisant un problème général d'accès au chirurgien-dentiste chez les résidents. Ce faible recours peut notamment s'expliquer à la fois par un grand niveau de dépendance des personnes et un éloignement à leur chirurgien-dentiste habituel.

L'ensemble des résultats de ce paragraphe se retrouve au niveau national.

**Fig12. Proportion standardisée du recours satisfaisant au cabinet dentaire sur une période de 3 ans, chez les personnes prises en charge pour un diabète en 2015, selon les caractéristiques des personnes et de leur environnement**

Pays de la Loire, France (2016-2018)

		Pays de la Loire			France
		effectif	taux brut	taux stand <sup>1</sup>	taux stand <sup>1</sup>
<b>Genre</b>	Homme	14 629	16,9	15,4	14,0
	Femme	11 092	16,4	17,5	16,8
<b>Régime d'assurance maladie</b>	autres régimes	987	19,8	19,2	18,0
	MSA	1 799	11,7	13,9	13,3
	RG	19 575	16,7	16,3	15,3
	RSI	1 521	16,9	16,6	14,0
	SLM	1 839	23,1	21,0	19,0
<b>Bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS</b>	non	24 320	16,8	16,3	15,4
	oui	1 401	14,5	15,5	14,6
<b>Polymédication* en 2016</b>	non	18 913	16,9	16,2	15,0
	oui	6 808	16,1	19,7	18,5
<b>En Ehpad (au moins une nuit en 2016, chez les 75 ans et +)</b>	non	5 530	13,6	16,9	15,2
	oui	132	3,6	4,8	3,9

<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 5-24 ans / 25-44 ans / 45-64 ans / 65-84 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 diabétiques âgées de 5 ans et plus au 31/12/2015, tous régimes d'assurance maladie.

\*Polymédication : au moins 10 molécules distinctes délivrées 3 fois dans l'année.

Lecture : en Pays de la Loire, à structure par âge comparable, les diabétiques affiliés à une SLM sont en proportion plus nombreux à avoir un parcours dentaire satisfaisant comparés aux diabétiques couverts par les autres régimes : 21 % aux SLM versus 16,6 % au RSI, 16,3 % au RG et 13,9 % à la MSA.



## 2.5. FRÉQUENCE DU RECOURS SELON LES CARACTÉRISTIQUES DU LIEU DE RÉSIDENCE

**Une proportion moindre de parcours dentaire satisfaisant parmi les diabétiques vivant dans une commune très socialement défavorisée et à très faible accessibilité au chirurgien-dentiste.**

L'indice de défavorisation sociale (Fdep) est un indicateur contextuel, calculé au niveau communal à partir de quatre variables socio-économiques (revenu fiscal médian, part de bacheliers, part d'ouvriers, part de chômeurs), issues du recensement de la population 2013 [12].

La proportion de diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant diminue à mesure que le niveau de défavorisation sociale augmente. Pour les diabétiques résidant dans les communes les plus socialement favorisées (1<sup>er</sup> quintile de l'indice), cette proportion est de 18,9 % alors qu'elle atteint seulement 13,9 % chez les diabétiques des communes les plus défavorisées du 5<sup>ème</sup> quintile, à structure par âge comparable (Fig13a. et 13b). Ce gradient social du recours au cabinet dentaire, bien connu dans la population générale, se retrouve donc dans la population des diabétiques.

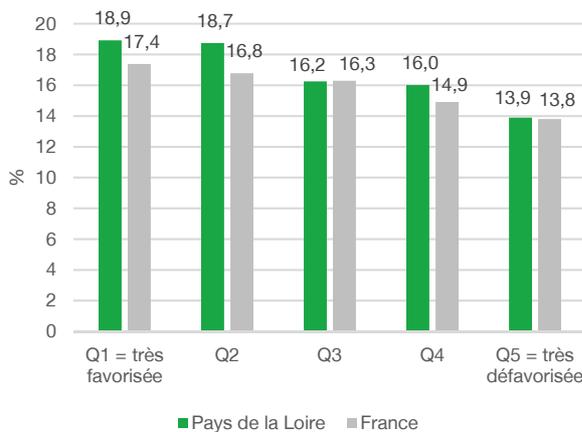
**Une proportion de parcours dentaire satisfaisant plus faible chez les diabétiques vivant dans une zone très « sous-dotée » en chirurgiens-dentistes libéraux**

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) des chirurgiens-dentistes (CD) libéraux permet de mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins bucco-dentaires à l'échelle communale dans la population générale, en tenant compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes [13]. Les diabétiques résidant dans les communes à très faible APL au CD libéral (quintile 1) se distinguent avec la proportion de parcours dentaire satisfaisant la plus basse (14,3 %). Cette proportion oscille entre 16 et 18 % pour les communes des autres quintiles. Au niveau national, plus l'APL augmente, plus la proportion de parcours dentaire satisfaisant augmente (Fig13).

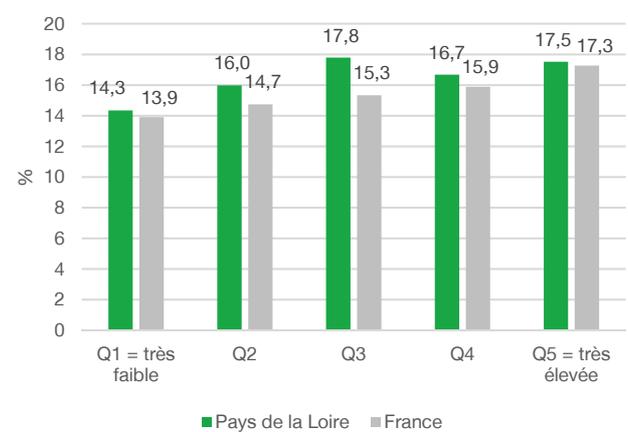
**Fig13. Proportion<sup>1</sup> du recours satisfaisant au cabinet dentaire sur une période de 3 ans, chez les personnes prises en charge pour un diabète en 2015, selon les caractéristiques des personnes et de leur environnement**

Pays de la Loire, France (2016-2018)

Taux de recours satisfaisant par quintile de défavorisation sociale



Taux de recours satisfaisant par quintile d'APL au chirurgien-dentiste libéral



<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 5-24 ans / 25-44 ans / 45-64 ans / 65-84 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 diabétiques âgées de 5 ans et plus au 31/12/2015, tous régimes d'assurance maladie.

Fdep : les communes sont regroupées par quintile de l'indice : le 1<sup>er</sup> quintile regroupe les personnes habitant dans les communes les plus socialement favorisées, le 5<sup>ème</sup> quintile regroupe celles habitant dans les communes les moins favorisées.

APL : les communes sont regroupées par quintile de l'indice : le 1<sup>er</sup> quintile regroupe les personnes habitant dans les communes à très faible accessibilité au CD libéral, le 5<sup>ème</sup> quintile regroupe celles habitant dans les communes où l'accessibilité est la plus forte.

Lecture : - en Pays de la Loire, à structure par âge comparable, la proportion de diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant est de 21 % chez ceux vivant dans une commune très socialement favorisée (1<sup>er</sup> quintile de l'indice Fdep).

- en Pays de la Loire, à structure par âge comparable, la proportion de diabétiques ayant un parcours dentaire satisfaisant est de 14,3 % chez ceux vivant dans une commune à très faible accessibilité potentielle localisée (1<sup>er</sup> quintile de l'indice, graphique de droite).



### 3. FACTEURS ASSOCIÉS À UN PARCOURS BUCCO-DENTAIRE SATISFAISANT CHEZ LES DIABÉTIQUES

Dans cette partie, un modèle de régression logistique multivariée a été réalisé pour étudier les facteurs explicatifs d'un parcours dentaire satisfaisant parmi la population de diabétiques des Pays de la Loire. Les odds ratios (OR) ajustés présentés dans le tableau ci-après (Fig14) mesurent la force de l'association entre chacun des facteurs inclus dans le modèle et la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant. L'ajustement sur l'ensemble des autres facteurs permet de mesurer l'association entre l'événement (un parcours satisfaisant) et chaque facteur, « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire en réduisant les potentiels effets de confusion des autres facteurs introduits dans le modèle.

Parmi l'ensemble des facteurs testés dans le modèle de régression logistique multivariée, seule l'ancienneté de l'ALD diabète n'est pas significativement associée à la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant. Cette variable ne figure donc pas dans le modèle final présenté.

#### Un âge très élevé, notamment chez les femmes diminue la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant

Dans un modèle contenant l'âge (mais sans le genre), la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant est plus faible parmi les diabétiques de 80 ans et plus comparé aux diabétiques moins âgés (OR = 0,53 [0,50 ; 0,55]).

Ajusté sur les autres facteurs, et notamment l'âge, le genre n'est pas significativement associé à la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant. En revanche, l'interaction entre le genre et l'âge est statistiquement significative. Cela signifie que l'âge modifie la relation entre le genre et la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant chez les diabétiques : les femmes diabétiques ont une probabilité plus élevée d'avoir un parcours dentaire satisfaisant que les hommes diabétiques avant 45 ans (OR = 1,29 [1,18 ; 1,39]), une probabilité équivalente (OR = 1,02 [0,99 ; 1,05]) entre 45 et 79 ans et une probabilité plus faible au-delà de 80 ans (OR = 0,67 [0,60 ; 0,75]) (Fig14). Pour les moins de 45 ans, ce constat peut être rapproché de la plus grande attention portée par les femmes à leur santé et de leur plus grande proximité avec le système de soins. Ceci peut notamment être mis en lien avec la nécessité pour elles de suivis spécifiques liés à la santé sexuelle et au fait qu'il leur revient souvent de gérer le suivi médical de leurs enfants et de leurs proches en perte d'autonomie [14]. Après 80 ans, le moindre recours au cabinet dentaire des femmes diabétiques comparé à celui des hommes diabétiques s'explique probablement, en partie, par une proportion plus importante de femmes aux âges très élevés et donc par un niveau de dépendance en moyenne plus fort chez les femmes diabétiques que chez les hommes diabétiques au-delà de 80 ans. Or un niveau élevé de dépendance est un frein à un parcours dentaire satisfaisant, comme le soulignent plusieurs études [15] ainsi que la très faible proportion de parcours dentaires satisfaisants parmi les résidents d'Ehpad (Fig12), qui sont majoritairement des femmes.

Il n'est cependant pas possible de distinguer l'effet propre de l'âge de celui du niveau de dépendance dans ce modèle, du fait de l'absence de mesure de ce dernier dans les bases de données du SNDS (Fig14).

Ajustée sur les autres facteurs du modèle, l'association entre le fait d'être polymédiqué et la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant chez les diabétiques est faible mais va également dans le sens d'un recours plus fréquent chez les personnes en meilleure santé, avec une probabilité augmentée de parcours dentaire satisfaisant chez les personnes non polymédiquées comparé aux personnes polymédiquées (OR = 1,07 [1,03 ; 1,10]) (Fig14).

#### Le niveau social et le régime d'assurance maladie sont des facteurs associés au recours au cabinet dentaire chez les diabétiques

Lorsque toutes les variables sont prises en compte, le fait de bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS diminue la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant (OR = 0,73 [0,69 ; 0,77]).

De même, habiter dans une commune des quintiles 3 et 4 de l'indice de défavorisation social Fdep et plus encore dans une commune très défavorisée du dernier quintile réduit significativement la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant en comparaison des personnes habitant les communes socialement très favorisées et favorisées des deux premiers quintiles (avec respectivement des odds ratios ajustés égaux à 0,86 [0,79 ; 0,93] et à 0,68 [0,65 ; 0,71]) (Fig14).

Après ajustement sur les autres facteurs du modèle et notamment sur les caractéristiques sociales, les diabétiques couverts par une SLM ont plus souvent un parcours dentaire satisfaisant comparé aux diabétiques affiliés au RG ou au RSI (OR = 1,42 [1,25 ; 1,61]), à l'inverse des diabétiques affiliés à la MSA qui ont une probabilité moindre d'avoir un parcours dentaire satisfaisant (odds ratio = 0,77 [0,73 ; 0,82]) (Fig14).

#### Des parcours dentaires satisfaisants plus fréquents parmi les diabétiques vivant dans une commune à fort niveau d'accessibilité au chirurgien-dentiste libéral

Après prise en compte des autres facteurs, notamment des caractéristiques individuelles des diabétiques, le niveau d'APL au chirurgien-dentiste libéral de la commune de résidence est associé à la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant : la probabilité est augmentée pour les diabétiques vivant dans une commune à fort APL (5<sup>ème</sup> quintile) comparé aux résidents des communes à très faible APL (1<sup>er</sup> quintile) avec un odds ratio de 1,40 [1,34 ; 1,47]) (Fig14).



## La fréquence de consultations chez le médecin généraliste en 2016 est significativement associée à la probabilité d'avoir un parcours dentaire satisfaisant au cours de la période 2016 - 2018

Les personnes diabétiques ayant consulté 4 à 6 fois leur médecin généraliste en 2016, et plus encore celles l'ayant consulté au moins 7 fois, ont des probabilités supérieures d'avoir un parcours dentaire satisfaisant entre 2016 et 2018 comparé à celles ayant eu au maximum 3 consultations dans l'année (odds ratio respectifs de 1,24 [1,19 ; 1,28] et de 1,66 [1,58 ; 1,74]) (Fig14).

**Fig14. Facteurs explicatifs d'un recours satisfaisant au cabinet dentaire sur une période de 3 ans, chez les personnes prises en charge pour un diabète en 2015, selon l'âge**

Pays de la Loire (2016-2018)

Facteurs	OR ajusté	IC(95%)		
		inf	sup	
<b>Age atteint en 2015 (modèle sans le genre)</b>	5-44 ans	0,94	0,84	1,05
	45-79 ans	1 (ref)		
	80 ans et plus	0,53	0,50	0,55
<b>Genre (modèle avec interaction avec l'âge)</b>	Femme vs Homme, chez les 5-44 ans	1,29	1,18	1,39
	Femme vs Homme, chez les 45-79 ans	1,02	0,99	1,05
	Femme vs Homme, chez les 80 ans et plus	0,67	0,60	0,75
<b>Polymédication en 2016</b>	oui	1 (ref)		
	non	1,07	1,03	1,10
<b>Régime d'assurance maladie obligatoire</b>	SLM	1,42	1,25	1,61
	RG, RSI, petits régimes	1 (ref)		
	MSA	0,77	0,73	0,82
<b>Bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS en 2016</b>	oui	0,73	0,69	0,77
	non	1 (ref)		
<b>Niveau de défavorisation sociale de la commune de résidence (en quintiles)</b>	quintiles 1 et 2 (très favorisé à favorisé)	1 (ref)		
	quintiles 3 et 4	0,86	0,79	0,93
	quintile 5 (très défavorisé)	0,68	0,65	0,71
<b>Niveau d'APL au chirurgien-dentiste libéral (en quintiles)</b>	1er quintile (très faible)	1 (ref)		
	quintiles 2, 3 et 4	1,24	1,19	1,28
	5ème quintile (très élevée)	1,40	1,34	1,47
<b>Nombre de consultations chez un médecin généraliste en 2016</b>	0 à 3	1 (ref)		
	4 à 6	1,31	1,25	1,37
	7 ou plus	1,66	1,58	1,74

Méthode : régression logistique multivariée. L'événement à expliquer est le fait d'avoir eu un parcours dentaire satisfaisant, c'est-à-dire au moins un recours au cabinet dentaire chacune des 3 années de la période 2016-2018. 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. 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 : après ajustement sur l'ensemble des autres variables du modèle, le fait d'avoir eu au moins 7 consultations chez un médecin généraliste en 2016 augmente la probabilité d'avoir un parcours bucco-dentaire satisfaisant sur la période 2016 et 2018 (au moins un recours chacune des 3 années), avec un OR de 1,66 [1,58 ; 1,74] comparé au personnes ayant vu un MG 3 fois ou moins.



Au total, ces résultats mettent en évidence le double constat suivant :

- très peu de personnes diabétiques ont un suivi bucco-dentaire conforme aux recommandations d'un recours annuel au chirurgien-dentiste.
- les facteurs explicatifs d'un parcours dentaire satisfaisant chez les personnes diabétiques sont nombreux, variés et ont une force d'association de même ampleur (les odds ratios ajustés de chaque facteur explicatif ont une amplitude comparable, autour de 1,5 à maximum 2).

Le faible niveau de recours au chirurgien-dentiste, constaté dans la population générale, est accentué chez les diabétiques. Une étude précédente menée sur la population des personnes âgées de 55 ans et plus [11] a montré que le taux de recours annuel au cabinet dentaire des personnes diabétiques est nettement inférieur à celui des personnes non prises en charge pour une pathologie chronique (37 % vs 52 %), mais aussi à celui des personnes atteintes d'autres pathologies chroniques (cancer, maladie respiratoire chronique, maladie cardio-neurovasculaire, maladie coronaire, maladie psychiatrique etc...). Le niveau social globalement moins favorable des personnes diabétiques explique probablement en partie leur moindre recours au cabinet dentaire, dont on sait qu'il est un fort marqueur d'inégalités sociales de santé.

Parmi les facteurs explicatifs retenus dans le modèle multivarié, le niveau d'accessibilité au chirurgien-dentiste libéral (APL) et la fréquence des consultations chez le médecin généraliste semblent être des leviers d'action possible à relativement court terme.

L'augmentation du nombre de chirurgiens-dentistes dans les territoires « sous-dotés », par le biais de dispositifs incitatifs d'aides à l'installation ou au maintien des professionnels, devrait améliorer le suivi bucco-dentaire des résidents et réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins dentaires des personnes diabétiques comme non diabétiques.

Le médecin généraliste tient un rôle central dans la surveillance du diabète. Le lien entre un nombre accru de consultations chez le médecin généraliste et une proportion plus élevée de parcours dentaire satisfaisant confirme qu'il peut être un levier d'amélioration de la surveillance bucco-dentaire des personnes diabétiques. Le renforcement de la formation des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes concernant le suivi des personnes diabétiques ainsi qu'une meilleure coordination entre les deux professions, à travers par exemple, les maisons de santé pluridisciplinaires ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), permettraient probablement d'améliorer sensiblement la qualité du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques.



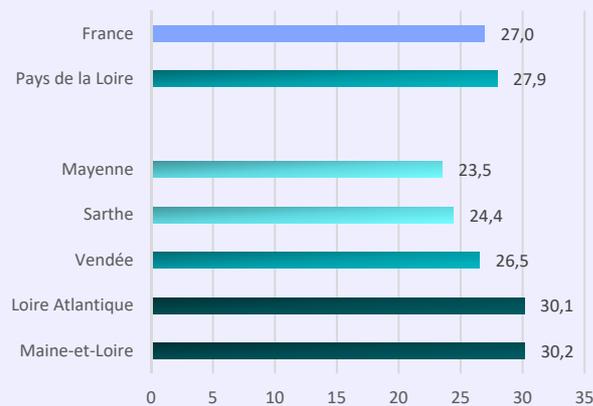
## ZOOM – Recours au cabinet dentaire au moment du diagnostic du diabète

En Pays de la Loire, seulement 28 % des personnes traitées pour un diabète (cf. encadré) ont eu un recours au cabinet dentaire dans les 6 mois suivant le diagnostic de leur diabète et 42 % ont eu un recours dans l'année suivant le diagnostic.

La proportion de diabétiques traités ayant eu un recours au cabinet dentaire dans les 6 mois suivant leur diagnostic de diabète varie fortement d'un département à l'autre dans la région. Elle atteint 30 % dans les départements du Maine-et-Loire et de Loire Atlantique mais n'est que de 26,5 % en Vendée, 24,4 % en Sarthe et 23,5 % en Mayenne, à structure par âge comparable. Dans ces deux derniers départements, les taux sont inférieurs à la moyenne nationale (27 %) (Fig15).

**Fig15. Proportions<sup>1</sup> de personnes ayant eu un recours au cabinet dentaire dans les 6 mois suivant le diagnostic de leur diabète**

France, Pays de la Loire, départements



<sup>1</sup> taux standardisés selon l'âge, à partir des effectifs des classes d'âge 5-24 ans /25-44 ans/ 45-64 ans / 65-84 ans et 85 ans et plus issus du recensement de la population 2015  
Sources : SNDS-DCIRS/PMSI MCO (Cnam / ATIH) - exploitation ORS Pays de la Loire  
Lecture : en Loire-Atlantique et dans le Maine-et-Loire, 30 % des personnes nouvellement diagnostiquées et traitées pour un diabète, ont eu un recours au cabinet dentaire dans les 6 mois suivant le diagnostic du diabète.

### Eléments de méthode

Les données analysées sont issues des données exhaustives du SNDS.

Le recours au cabinet dentaire est étudié chez les personnes nouvellement diagnostiquées diabétiques et débutant un traitement médicamenteux (antidiabétiques oraux ou insuline) au cours de la période allant du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 30 juin 2018, c'est à dire répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

- avoir eu au moins trois délivrances d'un traitement par antidiabétique oral ou insuline (ou deux dans le cas de grand conditionnement) avec un premier traitement délivré entre le 1<sup>er</sup> juillet 2016 et le 30 juin 2018, et
- n'avoir eu aucune délivrance d'antidiabétiques oraux ni d'insuline au cours des deux ans précédant la première délivrance de la période du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au le 30 juin 2018, et
- n'avoir pas eu d'ALD pour diabète avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

Le début d'un suivi bucco-dentaire est défini par un premier recours au cabinet dentaire faisant suite à une période d'au moins 6 mois sans consultation ni soin dentaire. Le suivi bucco-dentaire peut être composé d'un seul recours ou de plusieurs successifs ayant eu lieu dans les 12 mois depuis le premier.

Les actes réalisés, au cours d'un suivi bucco-dentaire débutant dans le semestre suivant le diagnostic du diabète (cf. encadré), diffèrent selon l'âge des personnes. Bien que le détartrage soit le soin le plus fréquemment réalisé à tous les âges, sa fréquence diminue fortement chez les diabétiques diagnostiqués après 75 ans : il est réalisé dans 64 % des suivis bucco-dentaires post-diagnostic chez les diabétiques de 45 à 59 ans et 47 % chez ceux diagnostiqués après 75 ans. Lorsqu'un suivi dentaire débute dans le semestre après le diagnostic du diabète, des soins de reconstitution des dents sont pratiqués dans 38 % des cas chez les moins de 25 ans et dans la moitié des cas après 25 ans (entre 47 % et 51 % selon les classes d'âge). Les actes de chirurgie concernent près d'un quart des diabétiques de 45 à 74 ans ayant débuté un suivi bucco-dentaire post-diagnostic. De même, les poses de prothèse fixe sont plus fréquentes entre 45 et 74 ans (16 à 17 %). En revanche, la pose ou réparation de prothèse amovible est réalisée dans près de 30 % des suivis bucco-dentaires post-diagnostic chez les diabétiques de plus de 75 ans (Fig16).

**Fig16. Fréquence des actes bucco-dentaires réalisés chez les patients débutant un suivi bucco-dentaire dans les 6 mois après le diagnostic du diabète<sup>1</sup>, selon l'âge au diagnostic**

Pays de la Loire (juillet 2016 – juin 2018)

	5-24 ans		25-44 ans		45-59 ans		60-74 ans		75 ans et +	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
<b>détartrage</b>	57	49,6	341	62,2	708	64,2	852	58,1	254	46,9
<b>soins de reconstitution des dents</b>	44	38,3	265	48,4	565	51,2	751	51,2	254	46,9
<b>chirurgie</b>	NC	NC	59	10,8	254	23,0	361	24,6	118	21,8
<b>prothèse fixe</b>	NC	NC	61	11,1	185	16,8	237	16,2	73	13,5
<b>prothèse amovible</b>	NC	NC	21	3,8	135	12,2	242	16,5	153	28,2

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

NC : Non communiqué car effectifs inférieurs à 10

Lecture : en Pays de la Loire, parmi les nouveaux diabétiques âgés de 45 à 59 ans qui ont débuté un suivi bucco-dentaire dans les 6 mois suivant le diagnostic du diabète, 64 % ont eu un acte de détartrage.

Lorsqu'il existe, le parcours dentaire post-diagnostic de diabète est de nature préventive, c'est-à-dire constitué uniquement de consultation, acte de radiologie ou détartrage, pour 58 % des diabétiques de moins de 25 ans, 45 % des 25-44 ans, 31 % des 45-59 ans et 28 % chez les 60-74 ans et les 75 ans et plus.



## Références bibliographiques et sources

- [1] Cnam. (2019). Méthodologie médicale de la cartographie des pathologies et des dépenses, version G6 (années 2012 à 2017). 69 p.
- [2] HAS. (2007). Guide ALD. La prise en charge du diabète de type 1 chez l'enfant et l'adolescent. 8 p.
- [3] HAS. (2007). Guide ALD. La prise en charge de votre maladie, le diabète de type 2. 8 p.
- [4] Diabète : les examens de suivi recommandés.  
[En ligne]. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diabete-suivi/tout-savoir-sur-les-examens-de-suivi-recommandes>.
- [5] France Assos Santé. (2016). Diabète et santé dentaire.  
[En ligne]. <https://www.france-assos-sante.org/2016/10/11/diabete-et-sante-dentaire/>.
- [6] UFSBD. (2016). Diabète. Fiche conseil. 1 p.
- [7] Mealey BL. (2006). Periodontal disease and diabetes. A two-way street. *J. Am. Dent. Assoc.* vol. 137. S26-S31.
- [8] Khader YS, Dauod AS, El-Qaderi SS, *et al.* (2006). Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis. *J. Diabetes Complications.* vol. 20, n° 1. pp. 59-68.
- [9] Løe H. (1993). Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* vol. 16, n° 1. pp. 329-334.
- [10] Calabrese N, D'Aiuto F, Calabrese A, *et al.* (2011). Effects of periodontal therapy on glucose management in people with diabetes mellitus. *Diabetes Metab.* vol. 37, n° 5. pp. 456-459.
- [11] 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.
- [12] Rey G, Rican S, Jouglu É. (2011). Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social. *Bull. Épidémiologique Hebd. InVS.* n° 8-9. pp. 87-90.
- [13] Barlet M, Coldefy M, Collin C, *et al.* (2012). L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. *Quest. D'Économie Santé. Irdes.* n° 174. 8 p.
- [14] ORS Pays de la Loire. (2017). Santé des hommes et des femmes en Pays de la Loire. Quelles différences ? 16 p.
- [15] Lengagne P, Penneau A, Pichetti S, *et al.* (2015). L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 1 : Résultats de l'enquête Handicap-Santé. Volet Ménages. Irdes. 134 p.



# ANNEXES

## A1. MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE

### A1.1 choix du dénominateur pour le 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 (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 2018. 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...).

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 2018 par la population des consommateurs des trois années consécutives de 2016 à 2018 (et toujours en vie au 1<sup>er</sup> janvier 2018). 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 trois années et compte à tort les personnes qui ont arrêté d'être protégées par l'AMO avant 2018 alors qu'elles avaient été remboursées d'une prestation avant cet arrêt (par exemple, les personnes parties vivre à l'étranger en 2018 et qui avaient été remboursées d'au moins une prestation entre 2016 ou en 2017).

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 3 ans. De cette façon, les bénéficiaires ayant déménagé ou changé de régime en cours des trois ans ne sont comptabilisés qu'une seule fois. L'âge est le nombre d'années révolues au 31 décembre 2018.

#### **Pour l'analyse de l'évolution des taux de recours annuels 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 (partie 1). 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 consommandes ou non. Cet effectif est calculé par la macro-commande SAS fournie par la Cnam pour chaque année.

### A1.2 Analyse 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 5 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 1) 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 parcours bucco-dentaire satisfaisant (partie 3). 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 %.



## A2. CODES ET ALGORITHMES D'IDENTIFICATION DES PRESTATIONS AU CABINET DENTAIRE

- 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,

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.**



### A3. ÉTABLISSEMENTS 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 Retz Atlantique	9	29 915	427
41 CA Pornic Agglo Pays de Retz	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	128 035	320
44 CA de la Presqu'île de Guérande Atlantique (Cap Atlantique)	12	69 467	321
+ 3 communes bretonnes			
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)	8	21 833	432
+ 23 communes bretonnes			
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	Nombre de communes	Population	Superf. km <sup>2</sup>
27 CU Angers Loire Métropole	29	302 001	639
28 CC des Vallées du Haut-Anjou	16	36 918	519
29 CC Anjou Loire 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 Muges 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	Nombre de communes	Population	Superf. km <sup>2</sup>
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	19 459	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	Nombre de communes	Population	Superf. km <sup>2</sup>
10 CU Le Mans Métropole	19	210 627	267
11 CC du Sud Est du Pays Manceau	5	17 691	177
12 CC Orlée de Bercé-Bellinois	8	19 837	148
13 CC du Val de Sarthe	16	30 999	285
14 CC L'Orée - Brillon - Noyen	29	18 967	464
15 CC de la Champagne Continoise et du Pays de SBM	24	19 097	419
16 CC Haute Sarthe Alpes Mancelles	38	23 576	462
17 CU d'Alençon (siège en Normandie)	5	8 272	123
+ 26 communes normandes			
18 CC Maine Saonnais	49	28 300	575
+ 2 communes normandes			
19 CC Maine Coeur de Sarthe	13	21 549	188
20 CC Le Gennois Billarim	23	31 316	402
21 CC du Pays de l'Huisne Sarthoise	33	29 548	456
22 CC des Vallées de la Braye et de l'Anille	19	16 053	403
23 CC L'Orée-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 Chantonay	10	23 058	318
56 CC Sud Vendée Littoral	44	56 344	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 Acharais	9	18 700	224
60 CC du Pays de Saint-Gilles-Croix-de-Vie	14	48 973	222
61 CC Océan Marais de Monts	5	19 529	185
62 CC Challans-Gols Communauté	11	47 368	440
63 CC de Vie et Boulogne	15	44 170	490
64 CC Terres de Montaigu, Cc Montaigu-Rocheservière	10	49 284	266
65 CC du Pays de Mortagne	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, Autise	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>





## SUIVI BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES DIABÉTIQUES EN PAYS DE LA LOIRE

À PARTIR D'UNE ANALYSE DES DONNÉES DU SNDS

Cette étude a pour objectif de décrire le recours au cabinet dentaire des personnes prises en charge pour un diabète en Pays de la Loire grâce à l'analyse des données du Système national des données de santé (SNDS).

L'évolution des taux de recours annuels des personnes diabétiques y est présentée dans la région et au niveau national.

De plus, le recours sur une période de trois années consécutives a été étudié au niveau régional et pour chaque département et EPCI ligérien. Les variations des taux de recours selon les caractéristiques démographiques et sociales des personnes diabétiques, les caractéristiques de prise en charge de leur diabète ainsi qu'un modèle multivarié explicatif d'un recours régulier sur 3 ans sont présentés dans ce rapport.

Enfin, un focus sur le recours au cabinet dentaire au moment du diagnostic du diabète a également été réalisé.

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.