

# Systeme de soins et etat de sante bucco-dentaire des personnes agees en France et en Suede #5



**Lauréat : Patrick Chelala**  
**Co-auteur : Camille Bazerque**  
**Directeur de thèse : Pr Marysette Folliguet**  
**Faculté : Paris V**

## Présentation

L'objet de cette thèse est de comparer l'efficacité du système de soins bucco-dentaire français et suédois à travers l'analyse de l'état de santé bucco-dentaire des personnes âgées. Ces dernières sont de plus en plus nombreuses : en France, les personnes âgées d'au moins 60 ans représenteront 32,1 % de la population en 2060, contre 23,5 % en 2012. Cette population est la plus représentative de l'efficacité du système de soin français.

Cette thèse présente une recherche sur les fondements, l'organisation et le financement des systèmes de soins français et suédois, pour ensuite exposer les données d'une étude menée pendant 9 mois sur l'ensemble des patients hospitalisés au sein du service de gériatrie de l'hôpital Corentin Celton (Issy-les-Moulineaux, France) et pendant 3 mois à l'hôpital de la Karolinska University (Stockholm, Suède). Nous avons réalisé des examens cliniques de dépistage afin d'identifier les besoins de soins et collecter des données descriptives. Ce travail nous a ainsi permis de réaliser le bilan de l'état de santé bucco-dentaire de cette population.

## Les systèmes de santé

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

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

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

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

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

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

- pour des soins inférieurs à 3000 SEK, 0 % des soins sont pris en charge
- pour des soins compris entre 3000 et 15000 SEK, 50 % de la somme dépassant les 3000 SEK sont pris en charge

- pour un coût total supérieur à 15000 SEK, 85 % de la somme au-delà de 15000 SEK sont pris en charge.

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

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

## Conditions d'hospitalisation

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

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

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

## Méthode d'étude

### Population cible

La population étudiée est composée exclusivement de personnes âgées de plus de 60 ans hospitalisées en unité de soins de longue durée en service de gériatrie. Dans cette population âgée, on observe souvent des patients atteints de troubles cognitifs rendant l'interrogatoire, l'observation et la prise de clichés radiographiques parfois difficile voire impossible, menant ainsi à des refus d'examens et de soins.

### Données relevées

Les données relevées sur une fiche standardisée ont été recueillies dans un premier temps en chambre. Les données recueillies sont :

- données cliniques (présence de tartre, plaque dentaire, débris alimentaires, candidose, l'atteinte parodontale, les mobilités dentaires),

- examen des prothèses amovibles,
- schéma dentaire avec les dents absentes, les restaurations, les caries et/ou usures dentaires,
- besoins de soins.

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

### Indices utilisés

- Le CAO, qui comptabilise le nombre de dents cariées, absentes et obturées. Le nombre de dents absentes tient compte des dents à l'état de racines, des dents incluses, et exclut les dents de sagesse. Le calcul de cet indice se fait en additionnant les trois valeurs obtenues après examen clinique et radiographique.

- Le XBI comptabilise le nombre de dents remplacées par une prothèse amovible, un intermédiaire de bridge ou un implant ; il est le reflet de l'état prothétique. Le calcul de cet indice se fait sur 28 dents, en additionnant les trois valeurs obtenues après examen clinique et radiographique. Une personne appareillée avec des prothèses complètes bi-maxillaires aura un XBI de 28, tandis qu'une personne ayant toutes ses dents naturelles aura un XBI égal à 0.

- Le coefficient masticatoire quantifie la capacité d'un individu à mastiquer en fonction du nombre de dents fonctionnelles présentes. Chaque dent a une valeur en pourcentage (entre 1 % et 5 %) en fonction de son importance dans la mastication. Le coefficient masticatoire se calcule ainsi en faisant la somme de ces valeurs. Les dents remplacées prophétiquement ainsi que les dents de sagesse sont prises en compte dans cet indice, car elles participent à la mastication. Les dents sans antagonistes ou à l'état de racines n'ont aucune valeur car elles n'apportent rien en termes de fonction masticatoire.

## Résultats

En Suède, 66 patients répondent aux critères d'inclusion de l'étude ; en France, la totalité des patients

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

Dans les deux populations, on note une proportion beaucoup plus importante de femmes (Fig. 1).

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

La (Fig. 2) compare l'état parodontal des deux populations.

Les 27 % de patients non renseignés correspondent toujours aux patients édentés complets. Ainsi, la totalité des patients dentés sont touchés par une maladie parodontale. 67,2 % des Français présentent une parodontite, contre 49 % pour les Suédois.

On observe également que la proportion de patients français présentant une parodontite sévère (12,7 %) est beaucoup plus importante que la proportion de patients suédois (5 %). À l'inverse, concernant les gingivites modérées, les patients suédois sont beaucoup plus touchés (48 % contre 21,8 %). Les proportions des autres maladies parodontales sont cependant comparables. La gingivite étant une maladie réversible, les patients suédois semblent donc présenter une meilleure santé gingivale. Cela est cohérent avec le pourcentage de patients atteints de mobilité dentaire : 71 % des patients suédois ne présentent pas de mobilité, contre seulement 46 % des Français.

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

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

Comparaison des populations étudiées. Source : auteur, 2019

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

Comparaison de l'état parodontal. Source : auteur, 2019

FIG. 3

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

Comparaison de l'état prothétique. Source : auteur, 2019

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

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

Ainsi, le score suédois est presque équivalent au score français en raison du nombre important de dents obturées, et non à cause du nombre de dents absentes ou cariées ; tandis que le score CAO français est lié au nombre très important de dents absentes.

En effet, le nombre d'édentés totaux dans l'étude française est de 22, tandis qu'il n'y en a aucun dans l'étude suédoise.

FIG. 4

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

Analyse du CAO et des fonctions masticatoires. Source : auteur, 2019

Le coefficient masticaire est révélateur de l'efficacité fonctionnelle. 39 patients français présentent un coefficient masticaire nul, contre 3 en Suède. Le seuil de 50 % permet d'évaluer le besoin de prothèse. On considère qu'un patient en dessous de ces 50 % nécessite une réhabilitation prothétique. Ainsi, 73 % des patients français sont concernés, contre seulement 41 % en Suède. Il apparaît alors évident que le besoin prothétique est nettement supérieur en France (Fig. 4).

### Conclusion

Les systèmes français et suédois abordent deux approches différentes vis-à-vis de la santé bucco-dentaire. Le premier a pendant longtemps été axé sur la thérapeutique, avec une forte composante sociale permettant de favoriser l'accès aux soins pour tous. Le second s'est tourné vers la prévention et l'éducation thérapeutique de ses populations. Les réformes que subit le système de santé français tendent à valoriser la prévention, se rapprochant ainsi de la philosophie suédoise. L'étude de deux populations âgées de plus de 65 ans et hospitalisées dans chaque pays a permis d'évaluer concrètement l'impact de ces deux systèmes sur la santé orale. Cette étude a révélé que la population suédoise présente un meilleur état bucco-dentaire, principalement caractérisé par un nombre de dents absentes et cariées nettement inférieur, ainsi qu'un coefficient masticaire plus important. Les patients âgés suédois possèdent une meilleure fonction masticaire, montrant ainsi l'efficacité de la politique de santé locale. Ces différences s'expliquent également par le suivi de ces populations. La présence d'hygiénistes qualifiés assurant des visites de dépistage tous les ans en chambre, ainsi que des rendez-vous obligatoires organisés permettent le maintien de la santé orale, malgré l'hospitalisation et le grand âge de ces patients. Nous voyons que l'organisation du système de santé est un déterminant majeur de la santé orale de la population. Il faut souhaiter une évolution du système de santé français pour une meilleure santé orale de la population dans son ensemble, mais surtout pour les personnes à besoins spécifiques.

AIR COMPRIMÉ | ASPIRATION | IMAGERIE | ODONTOLOGIE CONSERVATRICE | HYGIÈNE

## La nouvelle génération. Les systèmes d'aspiration Tyscor.



**50%**  
D'ÉCONOMIES  
D'ÉNERGIE  
POTENTIELLES\*

- Réduction du poids jusqu'à 50 %
- Plug & play / 230 V, aucun courant triphasé n'est nécessaire
- Sécurité de fonctionnement avec deux niveaux d'aspiration (Tyscor VS 4)

**L'énergie ! Notre nouvelle génération de systèmes d'aspiration est arrivée.** Encore mieux : économie d'énergie, fiabilité et possibilité d'évolution. Les nouveaux systèmes d'aspiration Tyscor VS avec la technologie radiale innovante permettra de faire entrer les cabinets dentaires dans une nouvelle dimension d'efficacité et de performance. **Pour en savoir plus, rendez-vous sur [www.duerrdental.com](http://www.duerrdental.com) ou nous contacter au 01.55.69.11.61.**

\* Mesuré de manière indépendante par l'Institut Fraunhofer sur Tyscor VS 2 en 7/2014  
Dispositif Médical de classe IIA CE0297  
Nous vous invitons à lire attentivement les instructions figurant sur les notices.  
Produits non remboursés par les organismes de santé.

**DÜRR  
DENTAL**  
LE MEILLEUR, TOUT UN SYSTÈME

DEPUIS 1990

**PRIX ALPHA OMEGA**  
JACQUES BREILLAT

MEILLEURE THÈSE DE SECOND CYCLE EN ODONTOLOGIE

Ce prix récompense un sujet présentant une contribution à l'odontologie, quelle qu'en soit la discipline.

Les récipiendaires se partageront la somme de 4 000 €

**Pourquoi pas vous cette année ?**

Si votre thèse a reçu la mention très honorable, vous pouvez déposer votre candidature jusqu'à 2 ans après votre soutenance.

Les lauréats seront publiés dans la revue AONews

Date limite des dépot des dossiers : 10 novembre

Thèse à envoyer au Dr André Sebba, 10 rue de la Fidélité, 75010 Paris  
asebba@wanadoo.fr

AVEC LE SOUTIEN DU GROUPE VISIODENT