

Etat bucco-dentaire et recours aux soins préventifs et curatifs de la population francilienne adulte

Catherine Vincelet *, Sylvie Azogui-Lévy**, Isabelle Grémy *

* ORS Ile-de-France, ** UFR Odontologie Paris VII

La santé bucco-dentaire peut se définir comme un équilibre à la fois fonctionnel et esthétique. Elle repose sur l'absence des deux pathologies les plus courantes : la carie (atteinte des tissus durs de la dent) et la maladie parodontale (atteinte des tissus de soutien de la dent) mais aussi, sur l'absence de douleur, de limitations fonctionnelles (mastiquer, parler) et de perturbations dans la qualité de vie (apparence, sommeil). Les facteurs de risque d'un mauvais état bucco-dentaire sont l'accumulation de plaque (brossage inefficace), une alimentation riche en sucres, une susceptibilité accrue à la flore pathogène, mais ils relèvent aussi de facteurs socio-économiques (niveau de revenu, statut professionnel, niveau éducatif, habitat urbain/rural, couverture sociale) et de facteurs comportementaux (tabac, alcool). L'atteinte carieuse a nettement diminué chez l'enfant et l'adolescent mais de façon très inégale selon les différents groupes sociaux. En France, on retrouve des différences de l'indice CAO (indicateur d'atteinte carieuse : nombre de dents Cariées, Absentes ou Obturées), entre enfants d'ouvriers (1,55 en moyenne et 50% d'enfants indemnes) et enfants de cadres (0,9 en moyenne et 67% d'enfants indemnes) (1). Peu d'études s'intéressent à l'adulte et à l'analyse des effets du gradient socio-économique, en particulier l'augmentation de la morbidité selon le facteur de risque de précarité est peu précisé. En dehors du CAO, le nombre de dents absentes non remplacées est un indicateur de gravité d'atteinte et de besoin de soins très utilisé. Ce sont dans les catégories les plus défavorisées que l'on retrouve les personnes qui ont le plus de dents absentes. Ces différences sociales peuvent s'expliquer par des différences d'exposition aux facteurs de risque et de comportements (vis à vis de l'hygiène et de l'alimentation), mais aussi par des disparités d'accès aux soins. Selon l'enquête "Santé et protection sociale" (ESPS) (2), plus de la moitié des renoncements aux soins concernent les soins bucco-dentaires. Le renoncement aux soins dentaires augmente le risque d'un mauvais état dentaire (OR=4,8) (3). La mise en place de la couverture médicale universelle (CMU) n'a pas permis de compenser les écarts de recours aux soins. Il a été observé un risque pour une dent atteinte de ne pas être obturée multiplié par 1,5 à 3 chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUc) (4). Les fortes inégalités observées sont à considérer en France, dans un contexte de faible prise en charge de l'assurance maladie des traitements coûteux avec dépassement (prothèse, orthopédie dento-faciale et traitement des maladies parodontales).

Si la région Ile-de-France se caractérise par une situation sanitaire globalement favorable, il existe de très fortes disparités sur son territoire. Dans ce contexte, l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France a choisi de s'intéresser à la santé bucco-dentaire à partir des données de l'enquête décennale santé de l'Insee, en axant sa réflexion sur les inégalités sociales de santé. Ce travail a été mené en collaboration avec l'UFR d'odontologie de Paris VII.

L'offre de soins bucco-dentaires en Ile-de-France

Le nombre de chirurgiens-dentistes en France est de 41 444 en 2007, soit une densité de 67,9 /100 000 habitants. Les disparités régionales sont assez importantes avec un gradient Nord-Sud qui varie du simple au double.

L'Ile-de-France compte 9 587 dentistes, une densité de 83,5/100 000 habitants et des disparités de densité départementales : 165,8 pour Paris, 51 pour la Seine-St-Denis et le Val d'Oise, 95 pour les Hauts-de-Seine. L'offre de soins dentaires est majoritairement libérale (83% en Ile-de-France et 91% en France). Le secteur public ou assimilé est constitué par les services hospitaliers, les centres de santé municipaux ou mutualistes. La plupart des praticiens sont conventionnés (98%).

L'enquête décennale santé de l'Insee (EDS)

Cette enquête a pour but de repérer sur un an les consommations médicales et l'état de santé des individus. Elle cherche notamment à décrire les comportements individuels dans le domaine de la santé et des soins médicaux. Elle est réalisée par l'Insee environ tous les 10 ans depuis 1960 auprès des ménages ordinaires. L'enquête 2002-2003 a bénéficié de cinq extensions régionales, dont une en région Ile-de-France. Elle a comporté trois visites d'enquêteurs sur une période d'environ huit semaines, avec un questionnaire individuel des personnes.

La base de données étudiée concerne les personnes âgées de 18 ans ou plus, demeurant en Ile-de-France ayant participé aux trois visites d'enquêteurs prévues, soit un total de 5 820 individus.

Etat bucco-dentaire déclaré et recours aux soins

En 2002, 13,5% des Franciliens de 18 ans ou plus déclarent un problème dentaire : 8,2% disent avoir des caries non traitées, 5,8% un déchaussement des dents et 1,3% des abcès dentaires fréquents. Un lien avec la perception de l'état de santé global est observé : seulement 65% des personnes ayant un problème dentaire se considèrent en bon ou très bon état de santé alors qu'elles sont 78,5% dans ce cas en l'absence de problèmes dentaires.

Environ la moitié de la population (46,6%) déclare des antécédents de soins prothétiques. Les personnes ont principalement un appareillage fixe (bridge, couronne...) (37,6%); 8,9% portent un appareillage amovible.

Pendant la durée de l'enquête, soit environ 2 mois, 12,9% des Franciliens ont consulté un praticien dentaire. Une faible partie de la population déclare une consultation à visée préventive (3,6%).

Les femmes ont davantage recours aux dentistes

Si les femmes ne déclarent pas plus de problèmes dentaires que les hommes, elles ont des antécédents de prise en charge dentaire plus fréquents avec un taux d'appareillage de 49,4% contre 43,4% pour les hommes. Il s'agit principalement d'appareillage dentaire fixe (40,1% des femmes et 34,9% des hommes). De même, pendant la période d'enquête, les femmes ont été plus nombreuses à avoir recours à des soins dentaires : 14,9% contre 10,7% des hommes; elles ont davantage de recours de type préventif : 4,5% contre 2,7% pour les hommes.

Des soucis et des recours pour soins dentaires relativement constants avec l'âge...

L'âge ne semble pas déterminant sur l'existence de problèmes dentaires non pris en charge. Si environ 10% des personnes âgées de moins de

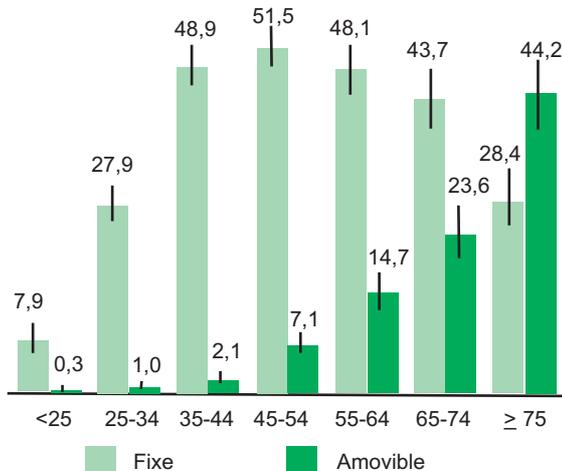
25 ans déclarent un mauvais état dentaire, elles ne sont que 15% dans ce cas entre 45 et 54 ans.

De même, le recours aux soins dentaires pendant la période d'enquête n'apparaît pas significativement liée à l'âge. Au-delà de 25 ans, un Francilien sur dix a eu un recours curatif pendant la période d'enquête. Peu d'écarts sont observés en matière de recours à visée préventive, avec un maximum observé entre 25 et 35 ans (4,4%).

... alors que les antécédents de traitements prothétiques augmentent avec l'âge

Les antécédents de prise en charge, mis en évidence par la notion d'appareillage dentaire, sont par contre très liés à l'âge, de même que le type d'appareillage (fixe ou amovible) (fig1). Ainsi, environ un Francilien sur deux entre 35 et 65 ans porte un appareillage fixe, fréquence qui tend à décroître au-delà de cet âge. Inférieur à 10% avant 55 ans, le port d'un appareillage amovible concerne 44% des personnes âgées de 75 ans ou plus.

Fig 1. Appareillage dentaire des Franciliens selon l'âge (%) et IC à 95%



Source : EDS Insee 2002-2003; Exploitation ORS Ile-de-France

La santé bucco-dentaire dans l'enquête décennale santé de l'Insee

La santé bucco-dentaire déclarée est estimée à partir de deux questions posées lors de la première visite d'enquêteur:

1. Etes vous concerné par un des problèmes de dents suivants : caries non traitées ? déchaussement des dents ? abcès dentaires fréquents ?
2. Portez-vous : un appareil ou prothèse dentaire fixe (bridge, couronne...) ? un appareil ou prothèse dentaire amovible (dentier...) ?

Le recours aux soins dentaires est étudié à partir des éléments recueillis lors des 2ème et 3ème visites d'enquêteurs. Sont exploités :

1. Le type de recours (en cabinet, en dispensaire...)
2. Les motifs de consultation permettant de différencier les recours curatifs et les recours préventifs
3. Le type de soins réalisés par le praticien (détartrage, traitement de carie...)
4. Les conseils délivrés par le praticien (brossage, habitudes alimentaires...)

Lorsque plusieurs recours ont eu lieu pendant l'enquête, seul le premier a été pris en compte dans l'analyse.

De fortes inégalités sociales partiellement compensées par les couvertures complémentaires

Les données de cette enquête retrouvent les fortes inégalités sociales décrites en matière de santé bucco-dentaire, inégalités qui se cumulent avec un recours aux soins hétérogène (tab 1). Ainsi, bien que les personnes de faible niveau d'éducation déclarent davantage présenter un problème dentaire (18,1% contre 10,5% pour les personnes de niveau d'éducation supérieur), les antécédents pro-

thétiques diffèrent (23% de prothèses mobiles contre 2,8% et 30,4% de prothèses fixes contre 44,8%) et le niveau de recours aux soins est moindre (7,5% de recours curatifs contre 10,8% et 1,7% de recours préventifs contre 5,1%). Dans le même sens, un faible niveau de revenu est associé à des problèmes dentaires plus fréquents et à moins de prothèses fixes.

Parmi les personnes ayant déclaré un problème dentaire, 21,6% ont eu recours au dentiste pendant

Tab 1. Déterminants de l'état de santé bucco-dentaire et du recours aux soins (modèles de régression logistique)

	Problème dentaire		Appareillage*				Recours aux soins dentaires*			
	OR	p	RR	p	RR	p	RR	p	RR	p
Sexe										
Homme	1		1		1		1		1	
Femme	1,0	NS	1,3	p≤0,001	0,9	NS	1,4	p≤0,001	1,7	p≤0,001
Age										
Moins de 35 ans	0,9	NS	0,2	p≤0,001	0,1	p≤0,001	0,8	NS	1,1	NS
35 à 64 ans	1		1		1		1		1	
65 ans ou plus	0,9	NS	1,1	NS	5,8	p≤0,001	1,3	p≤0,05	1,1	NS
Couverture complémentaire										
Oui (hors CMUc)	1		1		1		1		1	
CMUc	1,5	NS	0,6	p=0,08	2,2	≤0,05	1,3	NS	0,6	NS
Non	1,5	p≤0,001	0,6	p≤0,001	0,9	NS	0,7	p=0,06	0,4	p≤0,01
Niveau d'éducation										
Aucun ou Primaire	1,3	p≤0,05	0,7	p≤0,01	1,8	p≤0,001	0,7	p≤0,01	0,5	p≤0,05
Secondaire	1		1		1		1		1	
Niveau bac	0,9	NS	1,0	NS	0,7	NS	1,0	NS	1,3	NS
Supérieur	0,8	p≤0,05	1,4	p<0,001	0,6	p≤0,001	1,3	p≤0,05	1,6	p≤0,01
Niveau de revenu par unité de consommation										
≥ 60% du niv. médian	1		1		1		1		1	
< 60% du niv. médian	1,4	p≤0,001	0,6	p≤0,001	0,8	NS	1,0	NS	0,9	NS
Problème dentaire										
Non	-		-		-		1		1	
Oui	-		-		-		2,9	p≤0,001	1,0	NS

* Utilisation d'un modèle de régression multinomial permettant l'emploi de variables dépendantes à plusieurs modalités.

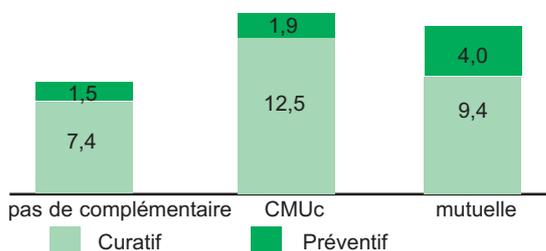
Source : EDS Insee 2002-2003; Exploitation ORS Ile-de-France

Caractéristiques des soins dentaires en France

Pour les praticiens conventionnés, les caisses d'assurance maladie remboursent aux patients les honoraires acquittés (70% en général) pour les soins conservateurs et chirurgicaux. La prise en charge des actes prothétiques et des traitements d'orthopédie dento-faciale est très partielle (30 à 50%). Les mutuelles ou les assurances complémentaires remboursent une partie plus ou moins importante (en fonction des contrats) des dépassements d'honoraires. Les soins conservateurs et chirurgicaux à tarif opposable représentent plus des 2/3 de l'activité des praticiens mais ne représentent que 35% du chiffre d'affaire des cabinets. Des tarifs opposables en moyenne trop bas et une nomenclature des actes qui évolue peu en fonction de l'évolution des techniques entraînent une «surévaluation» du prix non opposable des prothèses. Cette distorsion entre soins conservateurs et soins prothétiques entraîne des transferts de charge entre patients qui recourent aux soins conservateurs et ceux qui recourent aux soins prothétiques. Une restriction d'accès aux soins prothétiques se produit. Et, contrairement à ce qui se passe dans le reste du secteur médical, les soins peu coûteux sont bien remboursés par la Sécurité sociale et les soins coûteux mal remboursés. De fait, la part non remboursée par la Sécurité sociale s'accroît, d'une part, avec le développement de techniques nouvelles non répertoriées par la Nomenclature des actes et, d'autre part, avec l'âge et l'augmentation des besoins prothétiques, ce qui a pour résultat d'exclure davantage le secteur dentaire de la protection sociale. La CMU permet la prise en charge intégrale des soins conservateurs et pour les bénéficiaires de la CMUc, un panier de soins dentaires prothétiques est instauré. Les tarifs prothétiques sont plafonnés à un tarif maximum fixé par décret. Le panier de soins est exclusif et limitatif pour les actes possibles à réaliser et leur prix (JO 01/01/00). En 2002, 731 271 Franciliens étaient affiliés à la CMUc soit 6,5% de la population.

l'enquête contre 11,5% en l'absence de problème lors de l'entretien initial. L'analyse multivariée des facteurs déterminants du recours montre en outre l'importance de la couverture complémentaire. L'absence de couverture complémentaire est significativement associée à un moindre recours (8,9%) alors que les bénéficiaires de la CMUc ou d'une mutuelle sont à des niveaux comparables (respectivement 14,4% et 13,4%). Cependant, la typologie des recours

Fig 2. Recours aux soins dentaires des Franciliens selon la couverture complémentaire (%)

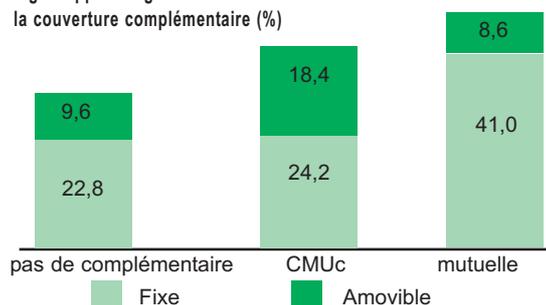


Source : EDS Insee 2002-2003; Exploitation ORS Ile-de-France

varie : les bénéficiaires de la CMUc ont davantage de recours curatifs mais des recours préventifs marginaux (fig 2).

D'autre part, si les bénéficiaires de la CMUc sont mieux appareillés que les personnes sans couverture complémentaire, cette différence est liée à des soins prothétiques à type d'appareillage amovible plus fréquents (18,4%) alors que l'appareillage de type fixe demeure inférieur à celui des bénéficiaires d'une mutuelle (fig 3).

Fig 3. Appareillage dentaire des Franciliens selon la couverture complémentaire (%)



Source : EDS Insee 2002-2003; Exploitation ORS Ile-de-France

Description des recours aux dentistes pendant l'enquête

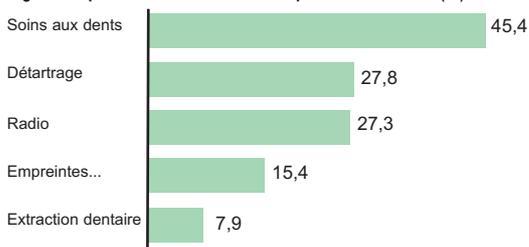
Un lieu de recours différent selon la couverture complémentaire

Conformément à l'offre de soins dentaires, la majorité des recours ont lieu en secteur libéral (93,7%). Les personnes sans couverture complémentaire sont plus nombreuses à consulter en dispensaire, en centre de soins ou à l'hôpital (11,1%). Les bénéficiaires de la CMUc ou d'une mutuelle sont respectivement 6,6% et 5,4% dans ce cas.

Douleurs et soins au premier plan

Interrogés sur le motif de leur recours au dentiste, 41,4% des personnes ont déclaré une douleur dentaire. Un recours sur quatre est d'ordre préventif. Des soins aux dents (traitement de carie par exemple) ont été effectués par le praticien pour 45,4% des personnes interrogées (fig4). Les extractions dentaires sont plus nombreuses chez les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture

Fig 4. Fréquence des actes réalisés par les dentistes (%)



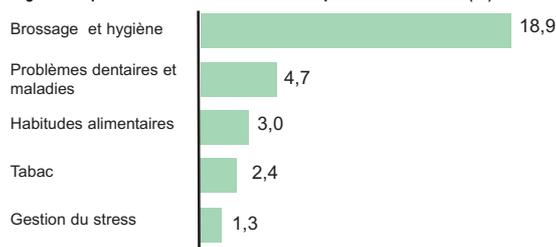
Source : EDS Insee 2002-2003; Exploitation ORS Ile-de-France

complémentaire (14,9%) et chez les bénéficiaires de la CMUc (12,5%) que chez les bénéficiaires d'une mutuelle (6,9%). A l'inverse, les praticiens ont réalisé moins d'empreintes, de mesures pour pose d'appareil ou de réparations d'un appareil pour les deux premières catégories (environ 7%), que pour les bénéficiaires d'une mutuelle (16,6%).

Peu de conseils hors du champ dentaire

Dans l'EDS, un Francilien sur quatre se déclare fumeur quotidien ; 38% disent souffrir d'une maladie chronique et un Francilien sur trois est concerné par un excès de poids, ils sont 8% à être obèses (5). Malgré les liens connus entre tabagisme, maladies chroniques et santé bucco-dentaire, peu de conseils semblent avoir été délivrés au cours des consultations par les dentistes sur ces thématiques (fig5).

Fig 5. Fréquence des conseils délivrés par les dentistes (%)



Source : EDS Insee 2002-2003; Exploitation ORS Ile-de-France

Discussion

Les données de santé déclaratives comportent des limites et les paramètres recueillis dans l'EDS sont insuffisants pour rendre compte de l'état de santé dentaire. Plus particulièrement, le nombre de dents absentes non remplacées est une variable très utilisée dans les enquêtes par questionnaires (2,3,6,7) car elle rend compte de la gravité de l'état dentaire dégradé. Néanmoins, nous notons que les caractéristiques de la santé bucco-dentaire des adultes franciliens sont celles habituellement décrites : les besoins de soins augmentent avec l'âge, les femmes consomment davantage de soins, les motifs de recours sont rarement préventifs.

Les inégalités de santé dentaire et de recours suivent un gradient social : c'est dans les catégories sociales les plus modestes que l'on déclare le plus de problèmes dentaires et plus d'appareils amovibles (8-11). Il n'existe pas de données régionales sur la santé dentaire des adultes. La dernière enquête nationale en 1995 (12) portait sur les adultes de 35-44 ans et 65-75 ans. Pour les personnes âgées de 35-44 ans, l'indice CAO moyen était de 14,6, l'indice O moyen était de 10,4, l'indice A moyen était de 3 ; 30 % des personnes avaient une dentition complète et 10% au moins 9 dents absentes. Il existait des différences entre les groupes socioprofessionnels. Le groupe à niveau élevé avait un indice CAO plus faible que le groupe à niveau moyen faible et le nombre de dents absentes était plus élevé dans le groupe socioprofessionnel plus modeste. Pour les personnes âgées de 65-74 ans, le CAO était de 23,3. En moyenne, il y avait 16,9 dents manquantes par personne et 16,3 % des personnes étaient totalement édentées. Une enquête nationale en 2003 a porté sur la maladie parodontale où les formes sévères concernaient 10% des personnes examinées (13), ce qui suggère une sous estimation des problèmes déclarés dans l'EDS (5,8% déclarent un déchaussement).

Les données franciliennes de l'EDS diffèrent des données nationales de l'IRDES (2004) (14) : les proportions de port d'appareillage amovible sont plus faibles en Ile-de-France (9% vs 16%); le recours aux soins montre également des différences (12,9% vs 5%). Ces différences peuvent s'expliquer par des modalités d'enquête différentes (déclaration des visites sur les 12 derniers mois pour l'ESPS et recueil sur 2 mois pour l'EDS) mais également par une offre de soins dentaires et une proportion de catégories sociales supérieures plus importante en Ile-de-France. Le type de soins effectué montre des différences qualitatives et ceci est observé dans toutes les

enquêtes (15-18). L'enquête de 1995 montrait que le groupe à faible niveau socioprofessionnel avait eu significativement plus d'extractions que les autres catégories et seulement 9,1% portaient un bridge pour les 35-44 ans (12). L'enquête ESPS 2004 montrait un taux de prothèse fixe dépendant du niveau de revenu (de 24,6% à 32,4%), du fait de bénéficier ou non d'une couverture complémentaire (26,8% vs 17,1%).

Le niveau d'études a un impact à la fois sur l'état de santé dentaire et sur les modalités de recours. Des besoins moins importants, des prothèses fixes plus nombreuses dans les niveaux plus élevés sont cohérents avec le niveau de revenu. Mais dans le même temps, les consultations à visée préventive sont moins fréquentes dans les catégories les plus modestes. Ceci interroge sur la compréhension et l'intégration des messages préventifs ainsi que l'importance de recours réguliers (15,19).

Plus l'état bucco-dentaire est dégradé et plus l'accès aux soins est difficile voire inexistant. Ce sont les personnes qui ont le plus de traitements dentaires à effectuer qui ont des difficultés à les réaliser. Les individus les plus socialement défavorisés ont peu de visites préventives, plus d'extractions, plus de prothèses amovibles et ont peu accès à des soins conservateurs (11, 18, 20-22). Gilbert et al (17) ont analysé les disparités de santé bucco-dentaires comme modèle des disparités de santé. Ils concluent que les personnes de catégorie sociale basse ayant au départ un mauvais état dentaire ne l'améliorent pas dans le temps (deux ans) et ont davantage de problèmes parodontaux, de pertes dentaires et de caries. Les personnes qui entrent dans le système de soins ont un meilleur état dentaire que celles qui en sont exclues et ce d'autant plus que les habitudes de recours sont plutôt préventives ; celles qui déclarent consulter régulièrement ont le plus de chance de bénéficier d'un détartrage et de soins conservateurs (9, 20).

Si un « rattrapage » s'effectue grâce à la CMUc (un recours aux soins équivalent aux bénéficiaires de mutuelle), il n'en n'est pas de même sur le contenu des soins. On observe davantage d'extractions et de prothèses amovibles en relation avec un état dentaire moins bon. Une étude comparant l'état dentaire avant pose de prothèse des bénéficiaires de la CMU et ceux du régime général a, de plus, montré des attitudes professionnelles différenciées (4). Les patients bénéficiaires de la CMUc nécessitaient encore des soins et en proportion plus importante que ceux du régime général.

Les motifs de recours concernent majoritairement la douleur, signifiant un comportement de visites symptomatiques et non préventives. Cela est observé dans d'autres études (19, 20, 22) où l'on remarque également que les personnes socialement en difficulté recourent préférentiellement s'il y a un problème. Ces attitudes peuvent aussi rendre compte d'un renoncement aux soins ou d'un report qui, à terme, a des conséquences sur la santé dentaire (3, 18).

L'adoption d'un comportement de suivi semble difficile et, dans le même temps, nous observons que les personnes déclarent peu de conseils préventifs donnés par leur praticien.

Il a été montré que des pathologies chroniques comme le diabète ou les pathologies cardio-vasculaires ont un impact négatif sur la santé dentaire (23). Il est problématique d'observer le nombre réduit de conseils concernant les problèmes dentaires et les habitudes alimentaires. De même, le tabac, facteur de risque important d'un mauvais état parodontal et de lésions cancéreuses, est peu pris en compte. Des programmes de santé dentaire auprès de jeunes adultes ont montré leur efficacité sur les connaissances et les comportements en matière d'hygiène dentaire et de recours préventif (24), mais ils nécessitent une approche au long cours.

Conclusion

Un peu plus d'un Francilien sur dix déclare un problème dentaire. Des disparités d'atteinte et de recours sont nettes et il existe un cumul de difficultés : un mauvais état dentaire entraîne des besoins de soins plus importants qui débouchent, compte-tenu de la couverture complémentaire des personnes, à des traitements différents. De plus, il nous semble important de réfléchir davantage à des stratégies visant à encourager des comportements de suivis réguliers et à une approche professionnelle orientée vers la prévention globale des risques de santé (25).

Références bibliographiques

1. Hescot P, Rolland E. La santé dentaire en France ; enfants de 6 et 12 ans. 84p, 2008; UFSBD.
2. Auvray L, Dumesnil S, Le Fur P. Santé, soins et protection sociale en 2000. Série et résultats, CreDES, 2001; n° 1364.
3. Azogui-Levy S, Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Questions d'économie de la santé, IRDES, 2005; n° 94.
4. Borges Da Silva G, Minguet-Fabrizi J, Orgebin JY, Herter G, Chanut C, Mabriez JC. Inégalités sociales de santé dentaire: la mesure du risque et des besoins sanitaires. Santé Publique 2003; 15 :347-358.
5. Insee Ile-de-France. Regards sur... la santé des Franciliens, Mars 2007.
6. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Social determinants of tooth loss. Health Serv Res 2003; 38: 1843-62.
7. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, and al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life. A study comparing two national samples. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32:107-14.
8. Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. Etudes et Résultats n°378-Février 2005. DREES.
9. Petersen PE, et al. Changing dentate status of adults, use of dental health services and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. J Public Health Dent 2004; 64: 127-35.
10. Locker D. Deprivation and oral health: a review. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28:161-9.
11. Chattopadhyay A, Kumar JV, Green EL. The New York State Minority Health Survey: determinants of oral health care utilization. J Public Health Dent 2003;63:158-65.
12. Hescot P, Bourgeois D, Berger P. Le programme international de recherche de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les déterminants et la santé bucco-dentaire. La situation en France pour la période 1993-1995. 117p, Londres : FDI World Dental Press Ltd 1996.
13. Bourgeois D, Bouchard P, Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. J Periodont Res 42: 219-27.
14. Allonier C et Célant N. Maladies et troubles déclarés en 2004. IRDES 2006.
15. Bedos C, Brodeur JM, Benigni M, Olivier M. Inégalités sociales dans le recours aux soins dentaires. Rev Epidemiol Sante Publique 2004 ; 52 :261-270.
16. Reid BC, Hyman JJ, Macek MD. Race/ethnicity and untreated dental caries: the impact of material behavioral factors. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32: 329-36.
17. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Use of specific dental treatment procedures by dentate adults during a 24-month period. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30: 260-76.
18. Wamala S, Merlo J and Bostrom G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. J of Epidemiology and Community Health 2006; 60: 1027-1033.
19. Freeman R. The determinants of dental health attitudes and behaviours. BDJ 1999; 187 (1): 15-18.
20. Riley JL, Gilbert GH, Heft MW. Dental attitudes: proximal basis for oral health disparities in adults. Community Dent Oral Epidemiol 2006; 34:289-98.
21. Sanders AE, Spencer AJ, Slade GD. Evaluating the role of dental behaviour in oral health inequalities. Community Dent Oral Epidemiol 2006; 34:71-9.
22. Brennan S, Spencer J. Frequency of patient, visit, and oral health factors on dental service provision. J Public Health Dent 2002; 62:148-57.
23. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Parodontopathies : Diagnostic et Traitements. Recommandations professionnelles. Mai 2002.
24. Hugoson A, Lundgren D, Asklow B, Borgklint G. The effect of different dental health programmes on young adult individuals. Swedish dent J 2003; 27:115-128.
25. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO Global Oral health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31 (suppl 1): 3-24.

L'extension francilienne de l'enquête décennale santé 2002-2003 a été financée par l'Insee, la Drass, la Cram, l'Urcam et l'ARH. Dans le cadre de cette exploitation, nous tenons vivement à remercier l'INSEE Ile-de-France, et plus particulièrement, Laurence Jaluzot et Carlos Portas.

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France
21-23, RUE MIOLLIS 75732 PARIS CEDEX 15 - TÉL : 01 44 42 64 70 - FAX : 01 44 42 64 71
e-mail : ors-idf@ors-idf.org - Site internet : www.ors-idf.org

L'ORS Ile-de-France est subventionné par l'Etat
(la Préfecture de région d'Ile-de-France et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales)
et par le Conseil régional d'Ile-de-France.