

p.57 **Évaluation de la qualité des certificats de décès en France : l'apport de la certification électronique**
Assessment of data quality of French deaths certificates: comparison of electronic versus paper certificates

p.60 **Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France, 2008-2009**
Comparison of the use of dental services between elderly people living in nursing homes and those living at home, France, 2008-2009

Évaluation de la qualité des certificats de décès en France : l'apport de la certification électronique

Delphine Lefevre^{1,2}, Gérard Pavillon¹, Albertine Aouba¹, Agathe Lamarche-Vadel¹, Anne Fouillet³, Eric Jouglu¹, Grégoire Rey (gregoire.rey@inserm.fr)¹

1/ Inserm, CépiDc, Le Kremlin-Bicêtre, France 2/ AP-HP, Paris, France 3/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'objectif est de comparer la qualité des certificats de décès électroniques à celle des certificats papier selon une méthodologie basée sur leurs caractéristiques intrinsèques.

Méthodes – La qualité des certificats de décès français de 2010 reçus par le Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (CépiDc-Inserm) a été étudiée selon trois indicateurs : (i) la quantité d'information, mesurée par le nombre moyen de causes par certificat ; (ii) la cohérence intrinsèque (i.e. séquence morbide correctement ordonnée) ; (iii) l'imprécision de la cause initiale de décès.

Résultats – 533 977 certificats de décès ont été analysés, dont 5% étaient sous forme électronique. Après ajustement, les certificats de décès électroniques contiennent significativement plus de causes déclarées que les certificats papier : +19% [17%-20%] et +12% [11%-13%] chez les moins et les plus de 65 ans respectivement. La proportion de certificats de décès où le principe général de codage de la CIM-10 s'applique est supérieure de 2% [0%-4%] pour les certificats électroniques chez les moins de 65 ans, et de 6% [5%-7%] chez les plus de 65 ans. La proportion de certificats imprécis est inférieure de 51% [46%-56%] pour les certificats de décès électroniques.

Conclusion – Les certificats électroniques sont mieux remplis que les certificats papier. Le développement de la certification électronique doit être poursuivi en France.

Assessment of data quality of French deaths certificates: comparison of electronic versus paper certificates

Introduction – The study objective was to compare quality of electronic death certification versus paper certification using a methodology based on intrinsic characteristics of death certificates.

Methods – In order to study the quality of French death certificates received in 2010 by the French Epidemiological Center for the Medical Causes of Death (CépiDc, Inserm), three criteria were used: (i) the amount of information, measured by the average number of causes by death certificate; (ii) intrinsic consistency (i.e. morbid sequence logically ordered); (iii) imprecision of underlying cause of death.

Results – 533,977 death certificates were analyzed; 5% of them were electronic. After adjustment, electronic certificates contained 19% [17%-20%] more codes than paper death certificates for deceased people under 65 years, and 12% [11%-13%] more codes for people deceased over 65 years. Regarding deceased people under and over 65 years respectively, ICD General Principle applied 2% [0%-4%] and 6% [5%-7%] more to electronic death certificates than to paper certificates. The proportion of imprecise death certificates was 51% [46%-56%] lower for electronic than for paper certificates.

Conclusion – According to our criteria, electronic death certificates are better filled than paper death certificates. The transition to electronic certification is positive and should be promoted in France.

Mots-clés / Keywords

Décès, certification électronique, qualité / Death, electronic certification, quality

Introduction

Les statistiques de mortalité sont un outil essentiel pour évaluer l'état de santé d'une population et mettre en œuvre des études épidémiologiques et

des comparaisons internationales. Pour cela, il est nécessaire de travailler sur des données de qualité. La Commission européenne insiste sur l'importance de proposer des recommandations sur l'amélioration de la qualité et de la comparabilité des données

[1]. La certification électronique des décès s'inscrit dans ce processus.

Le CépiDc-Inserm (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) est le service recueillant et analysant les données sur les causes de décès de

toutes les personnes décédées en France. La partie médicale du certificat de décès est anonymisée et enrichie de données sociodémographiques, puis transmise au CépiDc. C'est sur la base de ce document que les statistiques de mortalité sont produites par l'Inserm.

Le certificat de décès est basé sur un modèle international défini par l'Organisation mondiale de la santé [2]. Son volet médical comprend deux parties. La partie I contient la séquence morbide aboutissant à la cause immédiate de décès inscrite sur la première ligne du certificat et partant de la cause initiale de décès (CID) inscrite sur la dernière ligne remplie par le médecin. La partie II est réservée aux états morbides associés, mais n'ayant pas participé directement au décès. La CID est la seule prise en compte actuellement pour la diffusion en routine des statistiques nationales et internationales. Elle est définie comme « la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès, ou les circonstances de l'accident qui ont entraîné le traumatisme mortel ».

Les certificats de décès sont codés par le logiciel international Iris et, en cas de problème, par un expert en codage. Ainsi, à chaque cause inscrite sur le certificat de décès est attribuée un code, et à chaque décès est attribué une CID sélectionnée selon les règles de la Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10) [2] (tableau 1).

La certification électronique des causes de décès a été mise en place en France à partir de 2007. Elle s'inscrit dans la poursuite de l'informatisation des données de décès par le CépiDc, commencée en 1999 avec la saisie vocale et le codage automatique des causes de décès. La certification électronique présente plusieurs avantages : (1) elle offre davantage d'aide lors du remplissage (aide en ligne et vérificateur de cohérence), ce qui doit *a priori* permettre de limiter les erreurs et donc produire des données plus fiables ; (2) les causes de décès sont connues très rapidement, ce qui permet d'alimenter la veille sanitaire et l'alerte en cas d'émergence de problèmes de santé publique (canicule, grands froids, épidémie de grippe...) et donc de mettre en place les mesures de prévention adéquates plus rapidement ; (3) l'anonymisation et la sécurisation des données sont renforcées ; (4) les coûts, liés notamment à l'impression papier et à l'envoi des certificats de décès, sont diminués. Actuellement, la certification électronique des décès représente environ 5% du total des décès [3].

Pour évaluer la qualité des certificats de décès, deux approches existent. La première est l'approche par comparaison à un *gold standard*, consistant à comparer les données des certificats de décès à des informations provenant d'autres sources, telles que les rapports d'autopsie ou les données hospitalières [4;5]. Mais ce type d'étude est coûteux, long à mettre en place et peu reproductible. La deuxième approche, dite « formelle », consiste à évaluer la qualité des données en fonction des caractéristiques intrinsèques des certificats de décès [6;7]. Dans ce contexte, et en considérant la deuxième approche, l'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité des certificats de décès français, en proposant une

Tableau 1 Définition des règles pour déterminer la cause initiale de décès / **Table 1** Definition of rules to select the underlying cause of death

Règles	Définition selon la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM - 10) [2]
Principe général	Lorsque plus d'une affection est notée sur le certificat, l'affection mentionnée seule à la dernière ligne utilisée de la Partie I ne doit être choisie que si elle a pu donner naissance à toutes les autres affections mentionnées aux lignes précédentes.
Règle 1	Si le principe général ne s'applique pas et qu'il est indiqué un enchaînement aboutissant à l'affection mentionnée en premier lieu sur le certificat, choisir la cause première de cet enchaînement. S'il y a plusieurs enchaînements aboutissant à l'affection mentionnée en premier lieu, choisir la cause première du premier enchaînement.
Règle 2	Lorsqu'il n'est indiqué aucun enchaînement aboutissant à l'affection mentionnée en premier lieu sur le certificat, choisir cette première affection.

méthodologie reproductible et automatisée de mesure et en comparant les certificats électroniques aux certificats papier selon cette méthode. Ce type d'étude n'a jamais été réalisé en France et les rares études étrangères se sont basées sur des critères de qualité nécessitant une revue manuelle systématique non reproductible en routine.

Matériel et méthodes

Matériel

Tous les certificats de décès de 2010 reçus et codés par le CépiDc ont été inclus s'ils comportaient au moins une cause de décès. Les certificats néonataux concernant les décès jusqu'à l'âge de 27 jours, légèrement différents des certificats de décès généraux, ont été exclus. Pour chaque décès, les informations suivantes étaient disponibles : l'âge, le sexe, le lieu et la région de décès, le type de certificat (électronique ou papier) et toutes les causes de décès reportées sur le certificat et codées selon la CIM-10.

Tous les certificats de décès inclus ont été traités par le logiciel Iris, qui permet de documenter pour chaque certificat les règles utilisées pour sélectionner la CID. Cependant, pour une faible proportion de certificats (iatrogénie, complexité...), le logiciel Iris ne renvoie aucun résultat et un traitement manuel est alors nécessaire. Ces certificats de décès n'ont pas été inclus dans l'analyse.

Mesure de la qualité

Trois indicateurs ont été pris en compte : la quantité d'information, la cohérence intrinsèque et les imprécisions de la CID (tableau 2). Les certificats de décès traités par Iris ont été analysés pour tous ces critères, et les certificats électroniques ont été comparés aux certificats papier.

La quantité d'information a été caractérisée par le nombre de causes rapportées en partie I ou en partie II du certificat.

La proportion des certificats de décès appliquant le principe général de codage de la CIM-10 a permis d'évaluer la cohérence intrinsèque. Ce principe s'applique lorsque le certificat comprend une séquence morbide unique logiquement ordonnée en partie I. Le certificat est alors considéré comme cohérent. Lorsque ce principe ne s'applique pas au certificat de décès, une règle de sélection s'impose. La règle 1 permet de déterminer la CID dans le cas où plusieurs séquences morbides sont écrites en partie I. La règle 2 concerne les certificats de décès pour lesquels il existe une séquence désordonnée en partie I (soit la séquence est à l'envers, soit les causes inscrites n'ont aucun lien entre elles). L'application des règles 1 ou 2 pour les certificats de décès n'appliquant pas le principe général a été analysée seulement dans un but descriptif.

Enfin, la proportion des certificats de décès dont la CID était imprécise a été mesurée.

Tableau 2 Indicateurs utilisés pour évaluer la qualité intrinsèque des certificats de décès / **Table 2** Indicators retained to evaluate the intrinsic quality of death certificates

Indicateur	Méthode d'évaluation	Exemple
Quantité d'information		
Nombre moyen de causes	Nombre de codes par certificat	
Cohérence interne		
Remplissage correct : certificat cohérent	Application du principe général	Ligne 1 - Choc septique Ligne 2 - Pneumopathie droite
Plusieurs séquences en partie I du certificat	Application de la règle 1	Ligne 1 - Arrêt respiratoire Ligne 2 - Cancer du cavum, insuffisance cardiaque
Séquence désordonnée : soit la séquence morbide est inversée, soit les causes n'ont pas de lien entre elles	Application de la règle 2	Ligne 1 - Infarctus du myocarde Ligne 2 - Maladie d'Alzheimer
Imprécisions		
Cause initiale imprécise	Codes imprécis : R00-R99 (sauf R95), I469, I99, I959, J960, J969*	Ligne 1 - Défaillance d'organes Ligne 2 - Arrêt cardiaque

* I469= Arrêt cardiaque, sans précision ; I959= Hypotension, sans précision ; I99= Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire ; J960= Insuffisance respiratoire aiguë ; J969= Insuffisance respiratoire, sans précision ; R00-R99= Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ; R95 = Syndrome de la mort subite du nourrisson. Les causes en gras sont les causes sélectionnées dans chaque cas de figure.

Analyses statistiques

De façon à étudier la différence entre les certificats de décès électroniques et papier, des analyses multivariées ont été effectuées pour chaque indicateur en ajustant sur les variables pouvant influencer simultanément le type de certificat et la qualité de la certification, ce qui peut entraîner un biais de confusion. Ces variables étaient les suivantes : le type de certificat, l'âge (<65 ans *versus* ≥65 ans), le sexe, le lieu de décès (hôpital ou clinique privée *versus* domicile et autres lieux), la région de décès et la cause initiale de décès (sauf pour l'étude de l'imprécision). Compte tenu de la propension plus importante des personnes âgées à développer simultanément plusieurs processus morbides, il est parfois difficile de déterminer chez elles une CID précise [8]. L'interaction entre le type de certificat de décès et l'âge a donc été testée. Le nombre de codes par certificat étant une variable de comptage supérieure à 1, un modèle de Poisson tronqué a été utilisé pour l'étudier. La cohérence intrinsèque et l'imprécision ont été étudiées à l'aide de modèles log-linéaires binomiaux, estimant des risques relatifs (RR) et leur intervalle de confiance à 95% (IC_{95%}). Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SAS® 9.3.

Résultats

En 2010, 552 571 personnes sont décédées. Le CépiDc a reçu et codé 541 678 certificats de décès, dont 1 902 étaient néonataux. Finalement, 539 776 certificats de décès ont été inclus dans l'étude et 533 977 ont pu être analysés selon les critères précédemment décrits (21 259 certificats électroniques et 512 718 certificats papier).

Parmi les 533 977 certificats de décès analysés, le nombre moyen de codes correspondant aux certificats de décès électroniques (3,99) était significativement supérieur à celui des certificats papier (3,39) (tableau 3). Après ajustement, les certificats électroniques contenaient 14% (IC_{95%}=[13%-15%]) de codes en plus, dont 19% (IC_{95%}=[17%-20%]) de codes en plus pour les sujets de moins de 65 ans et 12% (IC_{95%}=[11%-13%]) de codes en plus pour les plus de 65 ans.

Parmi les certificats de décès analysés, 343 214 (64,3%) contenaient une séquence morbide unique respectant le principe général (tableau 4). Sans ajustement, la proportion de certificats de décès où le principe général s'appliquait était plus élevée de 5% [4%-6%] pour les certificats électroniques que pour les certificats papier (après ajustement, cette proportion est de 2% [0%-4%] pour les moins de 65 ans et de 6% [5%-7%] pour les plus de 65 ans). Parmi les 190 763 certificats de décès où le principe général n'était pas appliqué, 54,8% nécessitaient l'application de la règle 1 et 45,2% la règle 2 (résultats non présentés).

Les certificats de décès dont la CID était imprécise étaient moins nombreux parmi les certificats électroniques (1,8%) que parmi les certificats papier (6,4%) (résultats non présentés). La différence était significative sans ajustement : RR=0,28 [0,26-0,31]. Après ajustement, les certificats de décès électroniques étaient moins souvent imprécis que les certificats de décès papier (RR=0,49 [0,44-0,54]).

Tableau 3 Nombre de codes par certificat de décès / Table 3 Number of codes by death certificate

	Moyenne (déviat. standard)	Analyse univariée	Analyse multivariée*
		NR [IC _{95%}]	NR [IC _{95%}]
Total	3,41 (1,89)		
Type			
Électronique, tous âges	3,99 (2,13)	1,20 [1,19-1,21]	1,14 [1,13-1,15]
Papier, tous âges	3,39 (1,88)	1,00	1,00
Électronique, <65 ans	3,86 (1,96)	1,25 [1,23-1,27]	1,19 [1,17-1,20]
Papier, <65 ans	3,17 (1,76)	1,00	1,00
Électronique, ≥65 ans	4,04 (2,19)	1,19 [1,18-1,20]	1,12 [1,11-1,13]
Papier, ≥65 ans	3,44 (1,91)	1,00	1,00
Lieu de décès			
Domicile et autre lieu	3,07 (1,78)	0,81 [0,81-0,82]	0,82 [0,82-0,82]
Hôpital ou clinique privée	3,67 (1,94)	1,00	1,00
Âge			
<65 ans	3,20 (1,77)	0,91 [0,91-0,92]	0,89 [0,89-0,89]
≥65 ans	3,47 (1,92)	1,00	1,00

NR : nombre relatif de causes codées par certificat.

* Modèle ajusté sur le type de certificat, l'âge, le lieu de décès, le sexe, la cause initiale de décès et la région de décès.

Tableau 4 Cohérence intrinsèque des certificats de décès : application du principe général / Table 4 Intrinsic consistency of death certificates : application of the General Principle

	Principe général	Analyse univariée	Analyse multivariée*
	N (%)	RR [IC _{95%}]	RR [IC _{95%}]
Total	343 214 (64,28)		
Type			
Électronique, tous âges	14 345 (67,48)	1,05 [1,04-1,06]	1,05 [1,04-1,06]
Papier, tous âges	328 869 (64,14)	1,00	1,00
Électronique, <65 ans	3 531 (63,64)	1,09 [1,07-1,11]	1,02 [1,00-1,04]
Papier, <65 ans	60 270 (59,23)	1,00	1,00
Électronique, ≥65 ans	10 814 (68,89)	1,06 [1,05-1,07]	1,06 [1,05-1,07]
Papier, ≥65 ans	268 599 (65,36)	1,00	1,00
Lieu de décès			
Domicile et autre lieu	145 196 (63,35)	0,98 [0,97-0,98]	0,97 [0,97-0,98]
Hôpital ou clinique privée	198 018 (64,97)	1,00	1,00
Âge			
<65 ans	63 801 (59,46)	0,91 [0,90-0,91]	1,02 [1,01-1,02]
≥65 ans	279 413 (65,49)	1,00	1,00

RR [IC_{95%}] : risque relatif et intervalle de confiance à 95%.

* Modèle ajusté sur le type de certificat, l'âge, le lieu de décès, le sexe, la cause initiale de décès et la région de décès.

Discussion

Selon nos critères, les certificats de décès électroniques sont mieux remplis que les certificats papier : le principe général y est plus souvent appliqué et ils sont plus souvent précis. Par ailleurs, les certificats de décès électroniques contiennent plus d'information.

La quantité d'information n'est pas un indicateur de qualité en soi, mais elle reflète peut-être l'intérêt et l'aisance des médecins à remplir les certificats de décès électroniques. Par ailleurs, la quantité d'information produite conditionne les possibilités d'analyse en cause multiple, nécessaire pour l'étude du rôle dans le décès de pathologies complexes telles que le diabète [9].

L'aide en ligne a probablement un impact sur le remplissage des certificats de décès électroniques, puisque ces derniers appliquent plus souvent le principe général. Ainsi, ils sont plus souvent cohérents que les certificats papier. D'autre part, l'ensemble de la procédure de certification accroît

l'implication de médecins expérimentés dans la certification des décès, et cela concourt potentiellement à l'amélioration de leur qualité. Il serait cependant souhaitable d'organiser un enseignement sur la certification des décès de façon à augmenter la qualité des certificats de décès. Une étude réalisée au Canada a montré une amélioration du remplissage des certificats post intervention [7].

L'interaction entre l'âge et le type de certificat, bien que significative, demeure d'ampleur modérée. Toutefois, il est possible que la rédaction d'un certificat par un médecin soit limitée en temps et en quantité d'information renseignée, indépendamment du cas traité. En conséquence, les certificats de décès des personnes âgées ayant en moyenne un nombre de causes élevées, l'apport de la certification électronique considéré sur ce critère pourrait être plus modéré que pour les certificats de décès de personnes jeunes. En revanche, compte tenu de la plus grande complexité des certificats de décès de personnes âgées du fait d'un plus grand nombre de

processus morbides, les arguments en faveur d'une meilleure qualité des certificats de décès électroniques sont d'autant plus applicables chez les personnes âgées.

Quand le principe général n'est pas appliqué, la règle 1 est davantage utilisée que la règle 2 dans les certificats de décès électroniques. En pratique, il est difficile d'ordonner ces deux règles en termes de gravité. Elles témoignent toutes les deux d'une incohérence de la certification. En particulier, la règle 2 correspond à deux cas différents : soit la séquence est inversée (le médecin a rempli le certificat de décès à l'envers), soit la séquence est illogique (les causes inscrites n'ont aucun lien entre elles). Ce dernier cas reflète tout particulièrement une incohérence et une mauvaise qualité de la certification. L'application de l'une de ces deux règles étant conditionnée par l'impossibilité d'appliquer le principe général, ces résultats descriptifs ne permettent pas de conclure en termes de qualité des certificats de décès.

La méthode d'évaluation de la qualité des certificats de décès proposée est simple et reproductible, et elle a pu être utilisée pour un grand ensemble de données (décès de l'année 2010), ce qui permet une puissance statistique optimale. Cette méthode automatisée pourra être facilement réutilisée en routine

pour suivre l'évaluation de la qualité de la certification électronique au fur et à mesure de son développement. Elle peut être également utilisée pour comparer la qualité des données dans le temps et dans l'espace, en France et entre pays utilisant le même système de codage.

La mise en évidence d'une amélioration de la qualité en passant de la procédure papier à la procédure électronique apporte un argument supplémentaire au déploiement de la certification électronique en France, mais aussi dans d'autres pays. En effet, la rapidité du processus permet une surveillance efficace de la mortalité, complémentaire des systèmes de surveillance existants, et ce d'autant plus que la qualité des certificats et la précision de l'information qu'ils apportent s'améliorent avec ce mode de certification. En outre, la mise en place de procédures automatiques de mesure de la qualité de la certification permettra au CépiDc d'évaluer régulièrement la qualité de la certification et de formuler des recommandations plus ciblées pour l'améliorer.

Références

[1] Jouglu E, Rossolin F, Niyosenga A, Chappert J, Johansson L, Pavillon G. Comparability and quality improvement in European causes of death statistics. Eurostat, Final report; 2001.

[2] Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 1995.

[3] Fouillet A, Pavillon G, Vicente P, Caillère N, Aouba A, Jouglu E, *et al.* La certification électronique des décès, France, 2007-2011. *Bull Epidemiol Hebd.* 2012;(1):7-10.

[4] Gittelsohn A, Senning J. Studies on the reliability of vital and health records: I. Comparison of cause of death and hospital record diagnoses. *Am J Public Health.* 1979;69(7):680-9.

[5] Johansson LA, Björkenstam C, Westerling R. Unexplained differences between hospital and mortality data indicated mistakes in death certification: an investigation of 1,094 deaths in Sweden during 1995. *J Clin Epidemiol.* 2009;62(11):1202-9.

[6] Lu TH, Shau WY, Shih TP, Lee MC, Chou MC, Lin CK. Factors associated with errors in death certificate completion: A national study in Taiwan. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(3):232-8.

[7] Myers KA, Farquhar DR. Improving the accuracy of death certification. *CMAJ.* 1998;158(10):1317-23.

[8] Alperovitch A, Bertrand M, Jouglu E, Vidal JS, Ducimetière E, Helmer C, *et al.* Do we really know the cause of death of the very old? Comparison between official mortality statistics and cohort study classification. *Eur J Epidemiol.* 2009;24(11):669-75.

[9] Romon I, Jouglu E, Balkau B, Fagot-Campagna A. The burden of diabetes-related mortality in France in 2002: an analysis using both underlying and multiple causes of death. *Eur J Epidemiol.* 2008;23(5):327-34.

Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile, France, 2008-2009

Sophie Thiébaud¹, Laurence Lupi-Péguirier (laurence.lupi-pegurier@inserm.fr)^{2,3}, Alain Paraponaris^{1,2}, Bruno Ventelou^{1,2}

1/ Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, Marseille, France
3/ Université Nice-Sophia Antipolis ; CHU, Nice, France

2/ Aix-Marseille Université, Aix-Marseille Sciences économiques, Marseille, France

Résumé / Abstract

Objectif – Garantir un accès aux soins bucco-dentaires équitable et de qualité aux personnes âgées reste un défi. Ce travail a pour objectif de comparer le recours au chirurgien-dentiste des personnes âgées institutionnalisées à celui des personnes âgées vivant à domicile.

Méthode – Les données analysées, restreintes aux sujets de plus de 60 ans, sont issues de l'enquête Handicap-Santé menée en France en ménages ordinaires (HSM) et en institutions (HSI). La technique d'appariement par score de propension a été utilisée afin de permettre la comparaison des deux populations en minimisant les biais. Les variables d'appariement étaient l'âge, le sexe, le degré de dépendance, la catégorie socioprofessionnelle et la fréquence des contacts avec la famille.

Résultats – Un sous-échantillon de 3 358 sujets âgés (1 679 paires) a été constitué. La probabilité de recours au chirurgien-dentiste est diminuée d'un quart lorsque les personnes sont institutionnalisées (OR=0,7 ; p < 0,001) par rapport aux personnes vivant à domicile. Pour les personnes institutionnalisées, le recours au chirurgien-dentiste apparaît cependant plus fréquent dans les établissements privés à but non lucratif que dans les structures publiques ou privées à but lucratif.

Conclusion – Toutes choses égales par ailleurs, la vie en institution peut être considérée comme une barrière pour le recours au chirurgien-dentiste.

Comparison of the use of dental services between elderly people living in nursing homes and those living at home, France, 2008-2009

Aim – Ensuring an equitable access to high-quality oral health for older people still remains an ongoing challenge. The aim of this study was to evaluate whether living in a nursing home was associated with a lesser use of dental services, compared with living at home.

Methods – Data, restricted to individuals aged 60 and over, were obtained from the two French disability-health Surveys: HSM (Handicap Santé Ménages) - for community dwellers - and HSI (Handicap Santé Institution) - for institutionalized patients. In order to compare both populations and minimize biases, we used the Propensity Score Matching (PSM). The matching criteria were age, sex, level of dependence, the occupational category and the frequency of contacts with the family.

Results – The PSM allowed the constitution of a sub-sample of 3,358 elders (1,679 pairs). The probability of having visited a dentist during the previous year was reduced by a quarter (OR=0.7; p<0.001) for institutionalized elderly when compared to community-dwelling elders. Moreover, the use of dental services was better in not-for-profit nursing homes compared to both public and for-profit institutions.

Conclusion – In this regards, living in a nursing home could be considered as an additional barrier for accessing dental care services for the elderly.

Mots-clés / Keywords

Personnes âgées, recours aux soins, soins bucco-dentaires, domicile, institution, score de propension / Elderly, healthcare access, dental care, community-dwellers, institution, propensity score matching