

de janvier étaient déjà transmis, en considérant les délais de transmission habituellement observés.

Cette première estimation est basée sur 70 % des décès enregistrés en France métropolitaine. Pour cette raison il n'est pas possible de quantifier l'excès total de décès et seul un travail sur des données exhaustives, disponibles seulement dans plusieurs semaines, permettra ce calcul. Toutefois, ce système de surveillance a permis d'objectiver très rapidement cette augmentation des décès et de fournir une première estimation de son importance.

Seule une étude ultérieure, englobant toute la période hivernale et fondée sur les données de mortalité de l'ensemble de la France métropolitaine permettra de fournir une estimation précise de l'épisode. En Europe, plusieurs pays (Royaume-Uni, Danemark, Suède et Portugal) ont signalé des situations analogues à celle rencontrée en France.

Notons cependant que les fluctuations de la mortalité sur le début de l'année 2009 peuvent être mises en relation avec la survenue concomitante de différents facteurs au cours de cette période, sans que l'on puisse à ce jour analyser la part des composantes possibles de cette augmentation :

- la France a connu une période de froid en janvier 2009. Cette vague, la plus importante depuis l'hiver 1996/1997, est de durée et d'intensité moindre que celle de 1985 [2],

- la pathologie respiratoire infectieuse a été très présente chez les personnes âgées et cela depuis le début du mois de décembre 2008 [6],

- la grippe, sans être plus sévère que celle des trois années précédentes, touche une part importante de la population. L'épidémie s'apparente à celle de la saison 2004/2005 [7].

La survenue d'évènements climatiques (vague de froid) ou épidémiques peut être directement ou indirectement responsable d'une partie de la mortalité, avec parfois un décalage de plusieurs jours à plusieurs semaines. Outre leur effet direct sur la mortalité, ces différents évènements peuvent entraîner une déstabilisation de l'état général pouvant conduire au décès chez les personnes les plus vulnérables, notamment en cas de pathologies chroniques, et chez les personnes âgées.

Cet épisode montre à nouveau l'importance de la certification électronique des décès pour la surveillance de la mortalité. Grâce à la mise à disposition en temps réel des certificats incluant les causes médicales des décès, la compréhension d'une augmentation de la mortalité sera plus rapide et permettra, le cas échéant, une réponse de santé publique adaptée. Ce système, déjà fonctionnel, nécessite pour monter en charge la participation des établissements de santé (www.certdc.inserm.fr). L'accès rapide aux causes de décès aurait peut-être permis dans la situation décrite ici une compréhension étiologique du phénomène. Faute de ces éléments, la

mise en place de mesures préventives reste limitée. La certification électronique des décès est l'ultime étape permettant de passer d'une surveillance de la mortalité en temps quasi-réel, étape à laquelle nous sommes déjà parvenus, à la prévention en temps réel.

Références

- [1] Josseran L, Gailhard I, Nicolau J, Thélot B, Donadieu J, Brucker G. Organisation expérimentale d'un nouveau système de veille sanitaire, France, 2004-2005. *Bull Epidemiol Hebd.* 2005 ;27-28 :134-7.
- [2] Pavillon G, Coilland P, Jouglan E. Mise en place de la certification électronique des causes médicales de décès en France : premier bilan et perspectives. *Bull Epidemiol Hebd.* 2007 ;35-36 :306-8.
- [3] Analitis A, Katsouyanni K, Biggeri A, Baccini M, Forsberg B, Bisanti L, et al. Effects of cold weather on mortality : results from 15 European cities within the PHEWE project. *Am J Epidemiol.* 2008 ; 168(12) :1397-408.
- [4] Dushoff J, Plotkin JB, Viboud C, Earn DJ, Simonsen L. Mortality due to influenza in the United States - An annualized regression approach using multiple-case mortality data. *Am J Epidemiol.* 2006 ;163(2) :181-7.
- [5] Robert-Bobée I. Projections de population 2005-2050 pour la France métropolitaine - Insee, 2006 <http://www.insee.fr/fr/ppp/ir/accueil.asp?page=projpop0550/synt/synthese.htm>
- [6] Thompson WW, Comanor L, Shay DK. Epidemiology of seasonal influenza : use of surveillance data and statistical models to estimate the burden of disease. *J Infect Dis.* 2006 ;194 Suppl 2 :S82-91.
- [7] Jansen AG, Sanders EA, Hoes AW, van Loom AM, Hak E. Influenza and respiratory syncytial virus associated mortality and hospitalisations. *Eur Respir J.* 2007 ;30 :1158-66.

Inégalités en santé bucco-dentaire dans la population francilienne adulte, 2002-2003

Catherine Vincelet (c.vincelet@ors-idf.org)¹, Sylvie Azogui-Lévy², Isabelle Grémy¹

1/ Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Paris, France
2/ UFR Odontologie Paris VII, Paris, France

Résumé / Abstract

Les disparités sociales de santé sont particulièrement manifestes dans le champ de la santé bucco-dentaire.

L'enquête décennale santé de l'Insee réalisée en 2002-2003 permet de disposer de données en population générale sur l'état de santé et le recours aux soins. Il convient cependant de souligner les limites de ce type d'enquête du fait du mode de recueil déclaratif et du type de variables recueillies. Les analyses présentées portent sur l'échantillon francilien de 18 ans ou plus, soit 5 820 individus.

Parmi la population étudiée, 13,5 % déclarent un problème dentaire et 12,9 % ont consulté un praticien dentaire pendant la période d'enquête. Les résultats soulignent les disparités d'atteintes, de recours, mais aussi des traitements mis en œuvre, dépendant notamment de la couverture complémentaire des individus. En outre, les motifs de recours au dentiste sont principalement symptomatiques. Ceci interroge sur la compréhension et l'intégration des messages préventifs. L'intérêt d'un recours régulier semble peu intégré dans les habitudes de soins.

Mots clés / Key words

Santé bucco-dentaire, adultes, enquête en population générale / Oral health, adults, survey carried out in general population

Inequalities in oral health in the adult population of the Paris Ile-de-France area, 2002-2003

Social inequalities in health are particularly evident in oral health. The INSEE French National Survey on health status and health care use performed in 2002-2003 makes it possible to have data in general population on health and the recourse of care. It is however important to underline the limits of this type of survey based on a self administered questionnaire. The analyses were carried out among the suburban population around Paris (Ile-de-France), namely 5,820 individuals aged 18 or above. Among the studied population, 13.5% reported having some kind of dental problem, and 12.9% had consulted a dentist during the study period. The results underline the disparities of dental health, of dental care use, but also of the treatments implemented, depending in particular on the complementary insurance coverage. Moreover, the reasons for resorting to the dentist are mainly symptomatic. This suggests that other elements should be taken into account, including the ability to access care, attitudes toward treatments and the value allocated to curative and preventive care.

Introduction

La région Île-de-France se caractérise par une situation sanitaire globalement favorable (sous-mortalité francilienne à tous les âges), avec cependant de très fortes disparités sur son territoire [1]. De nombreuses études internationales et nationales ont montré de fortes inégalités sociales de santé bucco-dentaire, chez l'enfant comme chez l'adulte [2]. Chez l'enfant et l'adolescent, des enquêtes nationales ont été menées avec données recueillies lors d'exams cliniques. Des différences d'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) sont retrouvées [3]. De même, il est noté des différences d'atteinte et de recours pour les élèves de 3^e selon qu'ils sont scolarisés en zone d'éducation prioritaire (ZEP) (10 % avec au moins deux dents cariées non soignées) ou non (4 %), et selon la catégorie socioprofessionnelle du père [4]. Chez l'adulte, l'enquête « Santé et protection sociale » [5] a montré l'existence d'un gradient social tant sur l'état de santé dentaire déclaré que sur le recours aux soins. Ces disparités sont à considérer dans un contexte de faible prise en charge des soins prothétiques par l'assurance maladie, qui rend l'accès aux soins dentaires particulièrement problématique. L'Enquête décennale santé de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) fournit l'opportunité d'étudier en population générale adulte les inégalités d'état de santé bucco-dentaire et d'accès aux soins.

Méthodes

Les données étudiées dans cet article sont issues de l'échantillon régional francilien de l'Enquête décennale santé 2002-2003 de l'Insee (EDS). Cette enquête a pour but de repérer sur un an les consommations médicales et l'état de santé des individus [6]. Elle a comporté trois visites d'enquêteurs sur une période d'environ huit semaines, avec un questionnement individuel des personnes en face à face. L'état bucco-dentaire déclaré est estimé lors de la première visite par questionnement des individus sur la présence de caries non traitées, de déchaussement des dents et d'abcès dentaires fréquents ; la notion d'appareillage dentaire fixe ou mobile est également recueillie. Lors des deux visites suivantes, le recours à des soins dentaires et leur description sont renseignés par l'enquêteur selon la déclaration des individus.

L'analyse a été réalisée sur la population redressée des 18 ans ou plus, demeurant en Île-de-France et ayant participé aux trois visites d'enquêteurs prévues. La base de données comportait 5 820 individus franciliens.

Outre les statistiques descriptives effectuées, l'analyse des déterminants de l'état de santé bucco-dentaire et du recours aux soins repose sur l'utilisation de régressions logistiques. Des modèles de régression multinomiale ont été utilisés pour permettre l'utilisation de variables dépendantes à plusieurs modalités. Lorsque

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

Résultats

État 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. 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 deux mois, 12,9 % des Franciliens ont consulté un praticien dentaire. Une faible partie de la population déclare une consultation à visée préventive (3,6 %).

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 (tableaux 1 et 2). 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. L'effet de l'âge intervient essentiellement sur les antécédents d'appareillage dentaire ainsi que leur type (fixe ou amovible). 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.

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 moindre pour les catégories sociales les plus faibles (tableau 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'études supérieures), les antécédents prothétiques 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 %). Les différences observées demeurent significatives en analyse multivariée (tableau 2). 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 lors de l'entretien initial, 21,6 % ont eu recours au dentiste pendant l'enquête contre 11,5 % en l'absence de problème. L'analyse des facteurs associés au 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 couverture médicale universelle complémentaire (CMUC) ou d'une mutuelle sont à des niveaux comparables (respectivement 14,4 % et 13,4 %). Cependant, les bénéficiaires de la CMUC ont davantage de recours curatifs mais très peu de recours préventifs (tableau 1). 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 (tableau 2).

Description des recours aux dentistes pendant l'enquête

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 soin 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.

Interrogés sur le motif de leur recours au dentiste, 41,4 % des personnes ont déclaré une douleur dentaire. Des soins aux dents (traitement de carie par exemple) ont été effectués par le praticien pour 45,4 % des personnes interrogées (figure 1). Les extractions dentaires sont plus nombreuses chez les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire (14,9 %) et chez les bénéficiaires de la CMUC (12,5 %) que chez les bénéficiaires d'une mutuelle (6,9 %) ($p < 0,05$). 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 [7]. 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 (figure 2).

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 et des conseils donnés. Plus particulièrement, le nombre de dents absentes non remplacées est une variable très utilisée dans les enquêtes [5,8,9] car elle rend compte de la gravité du mauvais état dentaire et de l'absence de recours prothétique. 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. Une sous-estimation des problèmes est néanmoins probable. Ainsi, la fréquence des formes sévères de la maladie parodontale a été estimée à 10 % dans une enquête nationale en 2003 [10] alors que seulement 5,8 % des personnes déclarent un « déchaussement dentaire » dans l'EDS.

Tableau 1 Problèmes dentaires, appareillage dentaire et recours aux soins dentaire des Franciliens adultes selon les caractéristiques de la population, 2002-2003
 Table 1 Oral health, prosthetic treatment and recourse to dental care in the Paris Ile-de-France region according to the characteristics of the population, 2002-2003

	Problème dentaire			Appareillage dentaire					Recours aux soins dentaires					
				Fixe		Mobile		P*	Préventif		Curatif		P*	
	%	[IC95 %]	p	%	[IC95 %]	%	[IC95 %]		%	[IC95 %]	%	[IC95 %]		p
Sexe														
Homme (n=2 800)	13,6	[12,3 – 15,0]		34,9	[33,1 – 36,8]	8,5	[7,5 – 9,7]		2,7	[2,1 – 3,3]	8,0	[7,1 – 9,2]		
Femme (n=3 020)	13,5	[12,2 – 14,8]	NS	40,1	[38,4 – 41,9]	9,3	[8,2 – 10,5]	< 10 ⁻³	4,5	[3,8 – 5,3]	10,5	[9,4 – 11,6]	< 10 ⁻³	
Âge														
Moins de 35 ans (n=1 997)	12,3	[10,8 – 13,9]		20,7	[18,8 – 22,6]	0,8	[0,4 – 1,3]		4,2	[3,4 – 5,2]	8,3	[7,1 – 9,8]		
35 à 64 ans (n=2 922)	14,3	[13,1 – 15,7]		49,6	[41,6 – 45,2]	7,0	[6,1 – 8,0]		3,3	[2,7 – 4,0]	9,5	[8,5 – 10,6]		
65 ans ou plus (n=901)	13,9	[11,6 – 16,5]	NS	30,2	[27,1 – 33,5]	33,4	[30,1 – 36,8]	< 10 ⁻³	3,0	[2,1 – 4,4]	10,8	[8,9 – 13,0]	NS	
Niveau d'éducation														
Aucun ou Primaire (n=1 285)	18,1	[15,9 – 20,7]		30,4	[27,6 – 33,3]	23,0	[20,5 – 25,7]		1,7	[1,0 – 2,6]	7,5	[6,0 – 9,2]		
Secondaire (n=1 752)	14,1	[12,5 – 15,9]		37,8	[35,5 – 40,1]	7,3	[6,1 – 8,7]		3,1	[2,4 – 4,0]	9,2	[7,9 – 10,7]		
Niveau bac (n=971)	12,0	[10,0 – 14,3]		33,7	[30,7 – 36,7]	4,6	[3,4 – 6,1]		4,2	[3,1 – 5,6]	9,1	[7,4 – 11,1]		
Supérieur (n=1 812)	10,5	[9,2 – 12,0]	< 10 ⁻³	44,8	[42,6 – 47,1]	2,8	[2,2 – 3,7]	< 10 ⁻³	5,1	[4,2 – 6,2]	10,8	[9,5 – 12,3]	< 10 ⁻³	
Couverture complémentaire														
Oui (hors CMUc) (n=4 228)	12,2	[11,2 – 13,2]		41,0	[39,6 – 42,5]	8,6	[7,8 – 9,5]		4,1	[3,5 – 4,7]	9,6	[8,8 – 10,5]		
CMUc (n=92)	22,1	[14,3 – 32,5]		24,2	[16,3 – 34,3]	18,4	[11,3 – 28,6]		1,9	[0,5 – 7,4]	12,5	[6,9 – 21,6]		
Non (n=1000)	19,3	[16,7 – 22,1]	< 10 ⁻³	22,8	[20,2 – 25,8]	9,6	[7,7 – 11,8]	< 10 ⁻³	1,5	[0,9 – 2,5]	7,4	[5,7 – 9,5]	< 10 ⁻³	
Niveau de revenu par unité de consommation														
≥60 % du niv. médian (n=4 627)	12,0	[11,0 – 13,0]		41,1	[39,6 – 42,5]	8,6	[7,7 – 9,5]		3,9	[3,3 – 4,5]	9,5	[8,7 – 10,4]		
< 60 % du niv. médian (n=1 193)	19,7	[17,3 – 22,3]	< 10 ⁻³	24,3	[21,8 – 27,0]	10,2	[8,5 – 12,3]	< 10 ⁻³	2,5	[1,8 – 3,6]	8,5	[6,9 – 10,5]	NS	

Note : Tous les résultats présentés sont pondérés
 * Chi2 global
 Champ : Ile-de-France, individus de 18 ans et plus
 Source : EDS Insee 2002-2003 ; Exploitation ORS Ile-de-France

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 [2,11]. Ainsi, dans une étude nationale datant de 1995, le groupe à niveau socioprofessionnel élevé avait l'indice CAO le plus faible. À l'inverse, le nombre de dents absentes était plus élevé dans le groupe socioprofessionnel le plus modeste [12].

Le niveau d'études est lié à la fois à l'état de santé dentaire et aux modalités de recours. Des besoins moins importants, des prothèses fixes plus nombreuses sont observés dans les niveaux plus élevés, de même parmi les revenus les plus forts. Dans le même temps, les consultations à visée préventive sont moins fréquentes dans les catégories les plus modestes. Ceci interroge sur le contenu des messages préventifs délivrés, souvent peu adaptés aux personnes en difficulté sociale, et sur leur compréhension [13]. L'intérêt

d'un recours régulier semble peu intégré dans des habitudes de soins [14,15].

En France, la prise en charge des traitements coûteux avec dépassement (prothèse, orthopédie dento-faciale et traitement des maladies parodontales) est très faible. La CMU permet la prise en charge intégrale des soins dentaires conservateurs et, pour les bénéficiaires de la CMUc, un panier de soins dentaires prothétiques, mais restrictif, a été instauré. L'accès aux soins dentaires est étroitement lié à la capacité finan-

Tableau 2 Déterminants de l'état de santé bucco-dentaire et du recours aux soins en Île-de-France (analyses multivariées par régression logistique (OR) ou logistique multinomiale¹ (RR) [IC à 95 %], 2002-2003 / Table 2 Determinants of oral health and recourse to care in the Paris Ile-de-France region (multivariate analyses, logistic regression (OR) or multinomial logistic regression (RR) [95% IC], 2002-2003

	Problème dentaire		Appareillage dentaire ¹				Recours aux soins dentaires ¹				
			Fixe		Mobile		Curatif		Préventif		
	OR	[IC95 %]	RR	[IC95 %]	RR	[IC95 %]	RR	[IC95 %]	RR	[IC95 %]	
Sexe											
Homme (n=2 800)	1		1		1		1		1		
Femme (n=3 020)	1,0	[0,8-1,2]	1,3***	[1,1-1,4]	0,9	[0,7-1,2]	1,4***	[1,1-1,6]	1,7***	[1,3-2,3]	
Âge											
Moins de 35 ans (n=1 997)	0,9	[0,7-1,1]	0,2***	[0,2-0,3]	0,1***	[0,0-0,1]	0,8	[0,7-1,0]	1,1	[0,8-1,5]	
35 à 64 ans (n=2 922)	1		1		1		1		1		
65 ans ou plus (n=901)	0,9	[0,7-1,1]	1,1	[0,9-1,3]	5,8***	[4,5-7,5]	1,3*	[1,0-1,7]	1,1	[0,7-1,8]	
Niveau d'éducation											
Aucun ou Primaire (n=1 285)	1,3*	[1,0-1,6]	0,7**	[0,6-0,9]	1,8***	[1,3-2,3]	0,7**	[0,5-0,9]	0,5**	[0,3-0,9]	
Secondaire (n=1 752)	1		1		1		1		1		
Niveau bac (n=971)	0,9	[0,7-1,1]	1,0	[0,8-1,2]	0,7	[0,5-1,1]	1,0	[0,8-1,4]	1,3	[0,8-1,9]	
Supérieur (n=1 812)	0,8*	[0,6-1,0]	1,4***	[1,2-1,6]	0,6***	[0,4-0,8]	1,3*	[1,0-1,6]	1,6**	[1,1-2,3]	
Couverture complémentaire											
Oui (hors CMUc) (n=4 228)	1		1		1		1		1		
CMUc (n=92)	1,5	[0,9-2,6]	0,6	[0,3-1,1]	2,2*	[1,2-4,2]	1,3	[0,7-2,7]	0,6	[0,1-2,6]	
Non (n=1000)	1,5***	[1,2-1,8]	0,6***	[0,5-0,7]	0,9	[0,7-1,2]	0,7	[0,6-1,0]	0,4**	[0,2-0,7]	
Niveau de revenu par unité de consommation											
≥60 % du niveau médian (n=4 627)	1		1		1		1		1		
< 60 % du niveau médian (n=1 193)	1,4***	[1,2-1,8]	0,6***	[0,5-0,7]	0,8	[0,6-1,1]	1,0	[0,7-1,3]	0,9	[0,6-1,5]	
Problème dentaire											
Non (n=5 032)							1		1		
Oui (n=788)							2,9***	[2,4-3,7]	1,0	[0,6-1,6]	

* p ≤ 0,05, ** p ≤ 0,01, *** p ≤ 0,001
 1. Utilisation d'un modèle de régression multinomial permettant l'emploi de variables dépendantes à plusieurs modalités.
 Champ : Ile-de-France, individus de 18 ans et plus
 Source : EDS Insee 2002-2003 ; Exploitation ORS Ile-de-France

cière des personnes et le fait de pouvoir bénéficier ou non d'une assurance complémentaire est central pour ce type de soins [8,16]. Selon Riley *et coll.*, les soins dentaires sont ceux pour lesquels les reports sont plus fréquents (43 % contre 25 % pour la médecine), la principale raison étant le coût [17]. Une récente étude française montre que si le renoncement diminue chez les bénéficiaires de la CMUC, ceux-ci déclarent néanmoins un moins bon état dentaire [18]. Plus l'état bucco-dentaire est dégradé et plus l'accès aux soins est difficile voire inexistant. Gilbert *et coll.* [19] ont analysé les disparités de santé bucco-dentaire comme modèle des disparités de santé. Il conclut que les personnes de catégorie sociale défavorisée ayant un mauvais état dentaire ne l'améliorent pas dans le temps (suivi longitudinal de deux ans) et ont davantage de problèmes parodontaux, de pertes dentaires et de caries. Ils montrent également que les personnes les plus socialement défavorisées ont peu de visites préventives, plus d'extractions,

plus de prothèses amovibles et ont peu accès à des soins conservateurs.

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. Les personnes qui déclarent consulter régulièrement ont le plus de chance de bénéficier d'un détartrage et de soins conservateurs [17]. 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 [20]. 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, signant un comportement de visites symptomatiques et non préventives. 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 [8,16]. 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 [21]. 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.

Conclusion

Si un peu plus d'un Francilien sur dix déclare un problème dentaire, les 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, sur 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 [22].

Financement et remerciements

L'extension francilienne de l'Enquête décennale santé 2002-2003 a été financée par l'Insee, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass), la Caisse régionale d'assurance maladie (Cram), l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) et l'Agence régionale de l'hospitalisation (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.

Références

- [1] Le Plan régional de santé publique 2006-2010 en Ile-de-France : situation initiale en 2006. Groupement régional de santé publique d'Ile-de-France, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France. 2008.
- [2] Locker D. Deprivation and oral health : a review. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000 ; 28 :161-9.
- [3] Hescot P, Rolland E. La santé dentaire en France ; enfants de 6 et 12 ans. UFSBD, 2008 ; 84p.
- [4] Guigon N. La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004, premiers résultats. DREES : Études et résultats, 2007 ; 573.
- [5] Auvray L, Dumesnil S, Le Fur P. Santé, soins et protection sociale en 2000. Série et résultats. Credes, 2001 ; 1364.
- [6] Lanoë JL, Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. Études et résultats. 2005 ; 436.
- [7] Insee Ile-de-France. Regards sur...la santé des Franciliens. Mars 2007.
- [8] Azogui-Levy S, Rochereau T. Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire. Questions d'économie de la santé. IRDES. 2005 ; 94.
- [9] Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res.* 2003 ; 38 :1843-62.
- [10] Bourgeois D, Bouchard P, Mattout C. Epidemiology of periodontal status in dentate adults in France, 2002-2003. *J Periodont Res.* 2007 ; 42 :219-27.

Figure 1 Fréquence des actes réalisés par les dentistes en Île-de-France, 2002-2003 / Figure 1 Frequency of treatments carried out by dentists in the Paris Ile-de-France region, 2002-2003

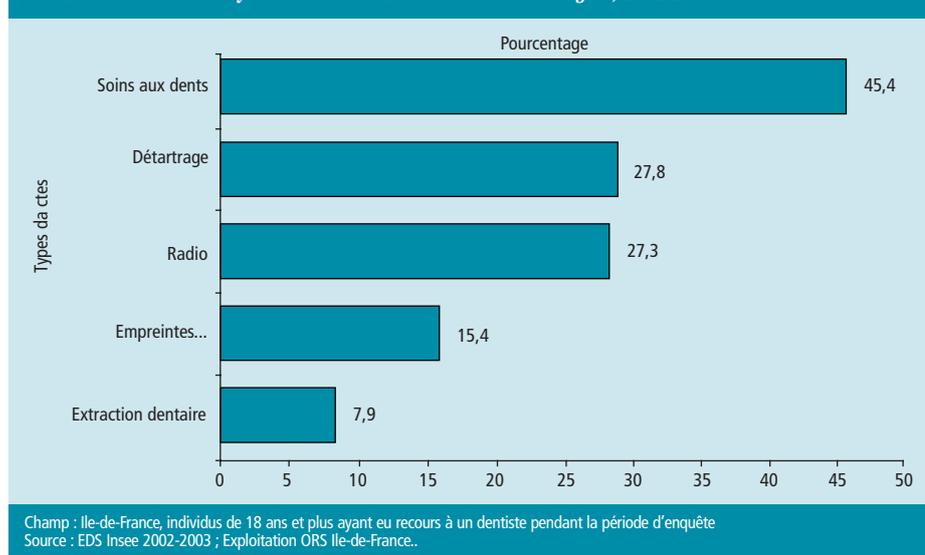
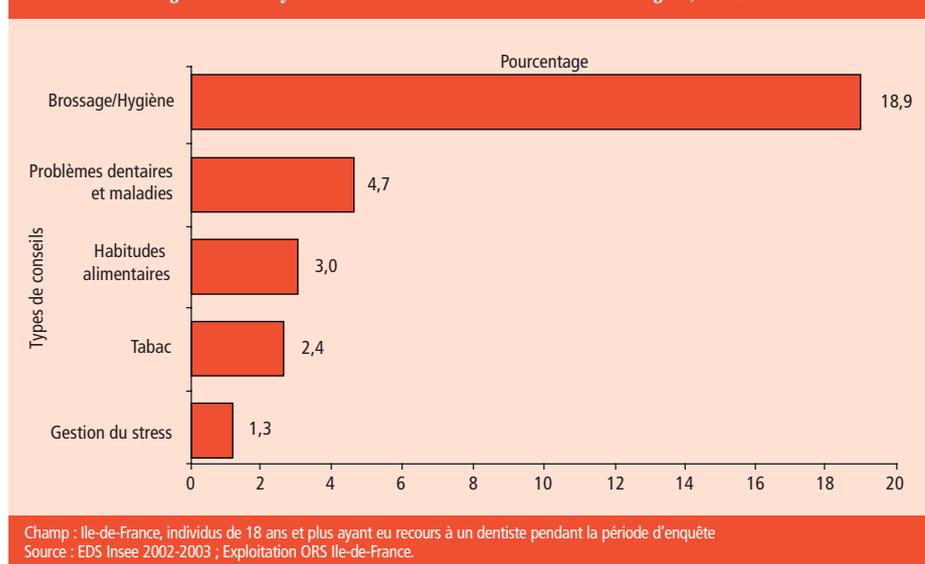


Figure 2 Fréquence des conseils délivrés par les dentistes en Ile-de-France, 2002-2003 / Figure 2 Frequency of the counselling delivered by the dentists in the Paris Ile-de-France region, 2002-2003



[11] Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. DREES : Études et résultats, 2005 ; 378.

[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. Londres : FDI World Dental Press Ltd. 1996 ; 117p.

[13] Sabbah W, Tsakos G, Sheiham A, Watt RG. The role of health related behaviors in the socioeconomic disparities in oral health. Soc Sci Med. 2009 ;68(2) :298-303.

[14] Bedos C, Brodeur JM, Benigri M, Olivier M. Inégalités sociales dans le recours aux soins dentaires. Rev Epidemiol Sante Publique. 2004 ; 52 :261-270.

[15] Freeman R. The determinants of dental health attitudes and behaviours. Br Dent J. 1999 ;187(1) :15-8.

[16] Wamala S, Merlo J, Boström 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 Epidemiol Community Health. 2006 ;60(12) :1027-33.

[17] Riley JL, Gilbert GH, Heft MW. Dental attitudes : proximal basis for oral health disparities in adults. Community Dent Oral Epidemiol. 2006 ;34 :289-98.

[18] Boisguérin B. Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006 ? DREES : Études et résultats. 2009, 675.

[19] 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.

[20] Borges Da Silva G, Minguet-Fabbri 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.

[21] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Parodontopathies : Diagnostic et Traitements. Recommandations professionnelles. Mai 2002.

[22] 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.

Les Français à l'épreuve du risque pandémique : une enquête exploratoire

Jocelyn Raude (Jocelyn.Raude@ehesp.fr)¹, Séverine Deguen¹, Michel Setbon²

1/ École des hautes études en santé publique (EHESP), Rennes, France 2/ Laboratoire d'économie et de sociologie du travail, Aix-en-Provence, France

Résumé / Abstract

Au cours des trois dernières années, la multiplication des alertes liées à l'influenza aviaire a fait prendre conscience à la population de la menace d'une pandémie grippale comparable à celle de 1918-1919. Toutefois, on sait encore peu de chose sur la manière dont les Français se représentent le risque pandémique et ses modes de prévention. Les données historiques montrent pourtant que les comportements individuels et collectifs ont un impact considérable sur l'ampleur des conséquences des maladies infectieuses - en termes de morbidité et de mortalité. Dans la perspective d'une gestion de crise, il apparaît donc essentiel de déterminer 1) comment ; 2) quand et 3) pourquoi nos concitoyens envisagent de se protéger contre le risque en cas de menace pandémique. Les données de cette enquête ont été collectées par téléphone en juin 2008 auprès d'un échantillon national représentatif de la population adulte. Les résultats montrent que les Français reconnaissent généralement l'efficacité des mesures de prévention recommandées par les pouvoirs publics. Une majorité d'entre eux envisagent par ailleurs d'adopter des comportements de prévention précoces en cas d'alerte pandémique. Paradoxalement, les enquêtés les plus méfiants à l'égard du pouvoir politique, des sciences et des technologies apparaissent comme les plus sensibles au risque infectieux.

French public response to the pandemic threat: An exploratory study

During the last three years, the succession of alerts due to avian influenza has made the population aware of the threat of an influenza pandemic comparable to that of 1918-1919. However, little is known to date about the way French people imagine the pandemic risk and its means of prevention. Historical data show that individual and collective behaviors have a strong impact on the amplitude of infectious diseases consequences - in terms of mortality and morbidity. In the perspective of crisis management, it appears crucial to determine 1) how 2) when and 3) why French citizens expect to protect themselves against the infectious risk in the case of pandemic threat. The presented data have been collected through a phone survey in June 2008 within a national sample representative of the adult population. Data analyses showed that French people generally recognize the efficacy of the measures recommended by the public authorities. A majority of respondents reported their intention to adopt protective behaviors early in case of influenza-related alert. Paradoxically, the most mistrusting individuals with regard the public authorities, sciences and technologies seemed to be the most sensitive subjects to the pandemic risk.

Mots clés / Key words

Pandémie grippale, population, perceptions, attitudes, comportements, prévention / Influenza pandemic, population, perceptions, attitudes, behaviors, prevention.

Introduction

À partir de l'année 2006, la multiplication des alertes liées à la découverte d'animaux infectés par le virus de l'influenza aviaire hautement pathogène (H5N1) sur le territoire national a fait prendre conscience à la population de la menace d'une nouvelle pandémie grippale. La probabilité de l'émergence de cette maladie a été à l'origine d'une mobilisation collective relativement inédite dans l'histoire de la santé publique. Il faut dire que le risque de pandémie grippale hautement pathogène présente sur le plan cognitif un ensemble de caractéristiques profondément anxiogènes pour les scientifiques comme pour les

profanes : il s'agit d'un risque nouveau, incertain, complexe, difficilement contrôlable et dont les conséquences sur les populations pourraient s'avérer potentiellement catastrophiques. Ainsi, au mois de février 2006, la contamination d'un élevage de dindes dans l'Ain a été à l'origine d'une baisse considérable (jusqu'à moins 20 %) de la consommation de volailles, ce qui témoigne de l'extrême sensibilité de nos concitoyens à ce type de risque sanitaire. L'application d'une série de mesures préventives - notamment le confinement des élevages dans les départements à risque - semble toutefois avoir permis d'éviter la propagation de l'agent infectieux. En effet,

aucune autre contamination d'animaux destinés à la consommation humaine n'a été signalée depuis cette date. Au cours de cette période, le risque pandémique a fait l'objet d'une médiatisation intense et soutenue. Paradoxalement, on ne sait pas grand-chose sur la manière dont les populations se représentent le risque pandémique et les moyens de prévention recommandés par les pouvoirs publics. Or, l'expérience des maladies infectieuses émergentes récentes montre que l'ampleur d'une pandémie grippale - en termes de morbidité et de mortalité - dépendra probablement autant du comportement de nos concitoyens que des décisions gouvernementales.