
12

Aspects sociologiques et économiques des thérapeutiques Prise en charge des soins

Parodontopathies et économie de la santé

Démarche économique

Elle peut procéder, essentiellement, de deux approches : évaluer le coût des parodontopathies en France; comparer des stratégies alternatives de prise en charge aux plans préventif, diagnostique et thérapeutique.

Il s'agit alors de déterminer les stratégies qui, en termes relatifs (c'est-à-dire par comparaison entre elles), présentent les meilleurs rapports résultats de santé/coût impliqué. On connaît bien ces analyses sous le terme d'études coût/efficacité, coût/utilité ou coût/bénéfice. Elles visent à optimiser l'allocation des ressources en les orientant vers les meilleures stratégies au regard de ces rapports coûts/résultats.

Contexte des parodontopathies

Il s'agit de pathologies :

- multifformes : de la gingivite « simple » à la parodontite aiguë juvénile, rare, en passant par les parodontites de l'adulte;
- multifactorielles : conduites d'hygiène et de nutrition; pathologie microbienne, infectieuse; facteurs héréditaires (?); pathologies associées (diabète)...

Il n'existe pas vraiment de consensus médical quant à l'étiopathogénie et aux traitements des parodontopathies. De plus, ces traitements présentent des modalités évolutives, de la greffe osseuse à la pose de corail, jusqu'à la régénération tissulaire guidée (RTG), sans que l'on puisse clairement établir s'il s'agit effectivement de nouvelles thérapeutiques ou de « modes » dans les pratiques. De surcroît, peu ou pas d'études comparatives existent entre les méthodes.

Les contraintes financières augmentent, alors que la prise en charge économique des traitements parodontiques est faible. On observe des « effets pervers » de « rattrapage » sur d'autres types de traitement, notamment sur les soins non opposables. On se trouve face à une situation désormais assez figée.

Devant une telle situation propre aux soins dentaires en général et non spécifique à la prise en charge des maladies du parodonte, trois scénarios d'évolution sont possibles, fondés sur des conceptions différentes de la solidarité et des modalités d'organisation du système, ainsi que sur des appréciations divergentes concernant le maintien ou le desserrement des contraintes financières, ou encore le rythme souhaitable ou possible des évolutions.

Bien que ces scénarios s'accordent sur la double nécessité de connaître le prix des actes pratiqués et de rémunérer correctement le praticien sur la base de ce prix, ils divergent en fonction des critères rappelés ci-dessus :

- Un premier scénario prône un retour à une pratique plus libérale pouvant aller jusqu'à la mise en concurrence des organismes de couverture sociale, instituant les honoraires libres (mais à l'intérieur de fourchettes de prix) sur tous les actes, condamnant toutes les entraves à la liberté d'installation, de prescription, de formation ou de pratique ;
- Un deuxième scénario préconise le retour à une pratique conventionnelle globale (associant les organismes de financement complémentaire), portant sur l'ensemble des soins dentaires, procédant, en lien avec la profession et après révision de la nomenclature et des tarifs, à une évaluation des soins de première intention, aboutissant à des tarifs opposables sur tous les actes, mettant l'accent sur la prévention et les soins conservateurs ;
- Un troisième scénario, misant sur la constance de l'enveloppe consacrée aux soins dentaires par la Sécurité sociale, préfère adopter, au-delà de la nécessaire remise à niveau de la nomenclature et des coûts de chaque acte, une concentration des moyens disponibles sur les actes et les populations désignés comme prioritaires par les responsables de la santé publique. À cet égard, sans doute faut-il aller, d'une part, vers un remboursement plus généreux de la prévention, des soins conservateurs, voire des soins prioritaires (les tarifs opposables étant instaurés uniquement pour ces actes), d'autre part, vers la consolidation de l'accès aux soins des plus démunis.

Les maladies parodontales :

- sont importantes en termes de prévalence,
- engendrent un coût élevé, dont l'évaluation reste encore à préciser,
- sont susceptibles, à l'aide de moyens simples, et pour la majorité d'entre elles, de bénéficier d'actions de prévention destinées à en prévenir ou à en retarder l'apparition, puis à en limiter les séquelles,
- peuvent être efficacement traitées, sous réserve d'un bon suivi par le chirurgien-dentiste et d'une hygiène bucco-dentaire correcte du patient,
- entraînent, vu leur coût et les faibles taux de remboursement qui les caractérisent, un renoncement aux soins et aux traitements pour les patients.

Au total, il s'agit bien d'une question de santé publique, niveau auquel on trouve trop peu souvent la santé dentaire. C'est sur cette base que la MGEN se pose la question de la prise en charge des parodontopathies en France.

Sur un plan économique, seront tout d'abord analysées les quelques données existantes, issues, notamment, de la CNAMTS et du CREDES, ainsi que les éléments de la littérature, essentiellement étrangère, traitant des facteurs socio-économiques influençant les maladies parodontales et le recours (ou le non-recours) aux soins correspondants. Ensuite, grâce à une brève enquête conduite en collaboration avec la MGEN, le coût des traitements parodontaux ainsi que la part assumée par chacun des acteurs (Sécurité sociale, mutuelle, patient) dans la prise en charge seront évalués de façon illustrative et très préliminaire, sans souci de représentativité ou d'exhaustivité.

Recours aux soins et facteurs socio-économiques dans les parodontopathies

Parodontopathies et recours aux soins : données françaises

On dispose de trois sources principales pour évaluer l'importance des parodontopathies en France et décrire les individus qui recourent à des soins en lien avec cette pathologie :

- la première enquête nationale auprès des chirurgiens-dentistes libéraux du CREDES en 1987 (Mizrahi et Mizrahi, 1988; Gallet, 1989);
- l'ouvrage du COME intitulé *Situation de la santé dentaire en France*, en particulier le chapitre de Mizrahi et Mizrahi (1995a) repris ultérieurement pour partie dans *Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire* (Mizrahi et Mizrahi, 1995b);
- l'enquête nationale sur les actes bucco-dentaires de la CNAMTS (1995).

Offreurs de soins

ÉLÉMENTS DÉMOGRAPHIQUES (CNAMTS, 1995)

On dénombrait, au 31 décembre 1992, 36408 chirurgiens-dentistes (CD) en activité et exerçant en cabinet libéral et 1490 stomatologues libéraux.

Tableau 12-1 Démographie médicale au 31/12/92

	Conventionnés				Non conventionnés		Total
	sans DP		avec DP		effectif	%	
	effectif	%	effectif	%			
CD omnipraticiens	34514	94,8 %	501	1,4 %	189	0,5 %	35204
CD orthodontistes exclusifs	1088	3,0 %	112	0,3 %	4	0,0 %	1204
Total	35602	97,8 %	613	1,7 %	193	0,5 %	36408

DP : dépassement

RÉPARTITION DE L'ACTIVITÉ SELON LE PRATICIEN (CNAMTS, 1995)

Les chirurgiens-dentistes omnipraticiens sont à l'origine de 94,8 % des actes bucco-dentaires facturés par le régime général, les stomatologues représentant 3,6 % du total des actes et les chirurgiens-dentistes exclusifs orthodontistes 1,6 %. La part dévolue aux chirurgiens-dentistes omnipraticiens est encore plus importante si l'on considère uniquement les actes de détartrage et de traitement des parodontopathies. Cette évolution tient au fait que la parodontologie ne constitue pas une spécialité reconnue. On peut cependant s'étonner de la présence, même très peu importante, de chirurgiens-dentistes exclusifs au niveau des actes de parodontologie.

Tableau 12-2 Répartition des soins dentaires selon le praticien (actes)

	Ensemble des actes bucco-dentaires	Détartrage	Traitement de la parodontopathie	Détartrage + traitement de la parodontopathie
CD omnipraticien	94,8 %	98,1 %	98,1 %	98,1 %
CD orthodontiste exclusif	1,6 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
Stomatologue	3,6 %	1,7 %	1,8 %	1,7 %

LIEU D'EXERCICE

Dans 96,4 % des cas, les actes liés au détartrage ou au traitement des parodontopathies sont réalisés en cabinet libéral; c'est le cas pour 94,8 % de l'ensemble des soins bucco-dentaires. Les centres de santé constituent, dans les deux cas, l'alternative au traitement en cabinet libéral.

Demandeurs de soins

Dans le cadre général des soins bucco-dentaires, il s'agit le plus souvent d'individus de sexe féminin (pour 54 %), âgés de moins de 50 ans (pour 74,4 %). Ces résultats sont confortés par ceux de l'enquête du CREDES (Gallet, 1989) auprès d'un échantillon national de chirurgiens-dentistes libéraux. Cette étude nous informe par ailleurs que 45 % des patients sont actifs.

Dans le cas des patients atteints de parodontopathie, les caractéristiques semblent identiques. En effet, d'après les résultats de l'étude de la CNAMTS présentés dans le tableau 12-3, 56 % des patients traités sont des femmes et 71 % d'entre eux ont moins de 50 ans.

Tableau 12-3 Répartition de l'effectif des séances de soins dentaires selon le sexe et la classe d'âge des individus concernés

	Soins bucco-dentaires	Détartrage	Séance paro.	Détartrage + séance paro.
% de femmes	54 %	56 %	56 %	56 %
Classe d'âge				
0 – 9 ans	4 %	1 %	1 %	1 %
10 – 19 ans	12 %	6 %	6 %	6 %
20 – 29 ans	21 %	21 %	21 %	21 %
30 – 39 ans	21 %	24 %	24 %	24 %
40 – 49 ans	16 %	19 %	20 %	19 %
50 – 59 ans	10 %	13 %	13 %	13 %
60 – 69 ans	10 %	11 %	11 %	11 %
70 – 79 ans	4 %	4 %	4 %	4 %
> 80 ans	1 %	1 %	1 %	1 %

L'étude du CREDES (1987) indique toutefois que la fréquence des pathologies des gencives et du parodonte est plus élevée chez les individus de sexe masculin, et ce, quelle que soit la gravité de l'affection (Tableau 12-4).

Tableau 12-4 Répartition des parodontopathies par sexe

Nature de l'affection	% de patients/population	
	Hommes	Femmes
Gingivite	31,3 %	26,5 %
Parodontite	14,0 %	12,4 %
Mobilité	24,8 %	18,6 %

Nature des soins délivrés

Les séances de détartrage et de traitement des parodontopathies représentent près de 15 % des actes facturés par le régime général et 31 % de l'ensemble des actes de soins conservateurs. La part de ces soins parodontaux est moindre lorsque l'on prend comme unité de compte l'ensemble des coefficients associés aux actes (au lieu des actes). Dans ce cas, les séances de détartrage (cotées SC5) et de traitement des parodontopathies (cotées SC4) ne représentent plus que 18 % des coefficients affectés aux soins conservateurs. L'étude du CREDES auprès des chirurgiens-dentistes libéraux évalue, pour sa part, le poids de la parodontologie à 10,5 % de l'ensemble des séances de soins.

Enfin, à partir des données de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux de 1991 (CREDES, 1994), Mizrahi estime la part dévolue aux séances de soins parodontaux à 3,7 % de l'ensemble des soins dentaires.

Soins dentaires et renoncement

Il convient de garder à l'esprit les évolutions importantes qu'a connues la dépense de soins bucco-dentaires au cours des dernières décennies. Ainsi, la dépense moyenne par personne (en francs courants) pour ce type de soins est passée de 60 francs en 1970 à 256 francs en 1980, puis 695 francs en 1992, soit une multiplication par 11,6 entre 1970 et 1992. En volume, pour éliminer les effets de l'inflation, la consommation de soins dentaires a été multipliée par 2,9 au cours de cette même période. Par ailleurs, d'après l'assurance maladie, chaque personne aurait dépensé, en 1988, 370 francs de soins dentaires, dont 51,2 % remboursés par l'assurance maladie, 15,4 % au titre du ticket modérateur et 33,5 % de dépassement.

De plus, au cours de ces dernières décennies, la part du financement à charge de la Sécurité sociale et de l'État s'est réduite, au contraire de celle des mutuelles et de la part à charge du privé.

Ces éléments, associés à une certaine « crainte » des soins dentaires, font que ceux-ci constituent le poste de consommation médicale où le renoncement aux soins est le plus important. Il est plus marqué dans les catégories socio-professionnelles peu élevées (bien que la différence avec les catégories socio-professionnelles élevées ne soit pas très importante); il dépend également de la couverture complémentaire des individus.

Conclusion

Il existe, en France, assez peu de données « épidémiologiques » sur les parodontopathies. À la lumière de ce qui précède, on peut toutefois considérer que :

- les soins des pathologies parodontales représentent entre 3,7 % et 10,3 % des séances et 15 % des actes de soins dentaires;

- les femmes et les personnes de moins de 50 ans y recourent davantage (ces observations se vérifient aussi pour l'ensemble des soins dentaires);
- les chirurgiens-dentistes omnipraticiens possèdent le monopole des actes liés au détartrage et au traitement des parodontopathies. Ceux-ci ont lieu dans un cabinet libéral.

Enfin, au vu des dépenses souvent élevées, facturées dans le cadre d'un traitement d'une parodontopathie, dépenses peu ou pas remboursées par le régime général, on peut raisonnablement penser que le renoncement aux soins pour raisons économiques y est important, même s'il n'existe à ce jour aucune donnée spécifique aux parodontopathies.

Parodontopathies et facteurs socio-économiques

Dans la littérature relative aux facteurs socio-économiques en lien avec les parodontopathies, trois groupes de population sont plus particulièrement étudiés : les enfants, les personnes âgées et les personnes à bas revenus.

Parmi les facteurs sociaux, on retrouve la classe sociale définie selon la classification du *British Registrar General*¹, le niveau d'éducation des parents (variant de 1 – 5 années ou moins d'école – à 6 ans d'études universitaires), et le niveau mensuel de revenus de la famille, réparti en trois classes : faible, moyen et élevé.

Pour déterminer le niveau socio-économique du patient, Rizk et Christen (1994) emploient une échelle de classement (*the two factor index of social ranking*) qui combine le niveau d'activité du chef de famille et son niveau d'éducation. Une procédure d'évaluation permet de déterminer une valeur (comprise entre 11 et 84) correspondant au niveau socio-économique de la famille. Ces valeurs sont regroupées en cinq catégories, comme l'indique le tableau ci-après.

Tableau 12-5 Scores socio-économiques

Score	Classe	Valeurs
Élevé	I	11 – 18
	II	19 – 38
Moyen	III	34 – 51
	IV	52 – 68
Faible	V	67 – 84

1. La classification en classes sociales (déterminée par l'activité du père ou, le cas échéant, de la mère) peut être résumée comme suit : classe I : high professional and managerial; classe II : lower managerial; classe III : senior clerical, small commercial operators; classe III M : skilled artisans, farmers; classe IV : routine non-manual workers, semi-skilled workers; classe V : unskilled manual workers.

Dolan et Atchison (1993) montrent que la proportion d'individus âgés de 65 ans ou plus, qui ne se sont pas rendus chez le dentiste au cours d'une période donnée, dépend également de variables socio-économiques. Ainsi, par exemple, seuls 24 % des individus ayant effectué moins de 9 années d'études ont effectué une visite au cours des 12 derniers mois, pour 67 % pour ceux ayant accompli au moins 13 années d'études. Le revenu familial influe aussi sur le recours aux soins dentaires, comme l'indique le tableau 12-6.

Tableau 12-6 Pourcentage des individus de 65 ans ou plus ayant consulté leur dentiste dans un intervalle de temps donné. D'après Dolan et Atchison (1993)

	Moins d'un an	1 à 2 ans	2 à 5 ans	5 ans ou plus
Niveau d'éducation				
moins de 9 ans	24,2	6,3	15,0	48,6
9 à 11 ans	33,7	7,2	15,9	38,2
12 ans	49,3	8,2	12,8	24,8
13 ans ou plus	67,1	6,1	9,7	13,3
Revenu familial (dollars)				
moins de 10000	25,8	5,7	15,0	50,1
10000 – 19999	39,0	7,6	16,1	33,2
20000 – 34999	54,6	8,4	12,1	22,6
35000 ou plus	55,8	6,4	9,3	24,2
Assurance privée				
oui	61,0	7,6	10,7	17,9
non	42,1	7,1	14,1	33,5

Enfin, l'existence d'une assurance privée pour couvrir les soins dentaires exerce également une influence sur le recours aux soins. Cette dernière observation est corroborée par les résultats de nombreuses autres études. L'absence d'une assurance pour couvrir les dépenses dentaires est plus fréquente chez les minorités, les personnes à bas revenus ou les personnes âgées. Locker et Leake (1993) décrivent, sur une population composée d'individus de plus de 50 ans, les relations existant entre l'âge, le niveau de revenu et le taux de couverture. Ainsi, à partir d'un échantillon de 3 033 individus, ils établissent, de manière statistiquement significative, une relation négative entre l'âge et le taux de couverture, une relation positive entre le revenu et le taux de couverture.

Tableau 12-7 Taux de couverture selon l'âge de l'individu et le revenu du ménage. D'après Locker et Leake (1993)

	Effectif	Taux de couverture (%)
Tous les individus		46,7
Âge		
50 – 64 ans	1 671	62,1
65 – 74 ans	819	35,3
75 ans et plus	458	16,7
Revenu annuel du ménage (dollars)		
moins de 19999	775	33,7
20000 – 39999	385	54,9
40000 – 59999	337	68,7
60000 ou plus	305	73,9

Par ailleurs, ils observent un recours aux soins plus fréquent chez les individus couverts par une assurance, hormis pour les individus dentés dont le revenu du ménage est supérieur à 60 000 dollars.

Enfin, les facteurs socio-économiques affectent également le suivi du traitement, qui est primordial dans le cas des parodontopathies. En effet, le problème des parodontopathies peut être contrôlé par les individus s'ils adoptent le comportement préventif approprié. Celui-ci consiste notamment en visites régulières de contrôle chez le dentiste et brossages quotidiens des dents. Or, on constate que l'acceptabilité de ces programmes d'éducation à l'hygiène dentaire est souvent décevante (de l'ordre de 36 % d'après Mendoza et coll., 1991). Selon Blinkhorn (1993), deux facteurs essentiels permettent d'expliquer ces piètres résultats : la prise en compte insuffisante, de la part du corps médical, de l'ensemble des normes dictées par l'environnement social de l'individu qui conditionnent son comportement (« macro-environnement »); une éducation dentaire, au cabinet, non planifiée et trop souvent improvisée et inadaptée au patient (« micro-environnement »). Pour Mendoza et coll. (1991), les critères économiques, notamment l'absence de souscription à une assurance, la peur du traitement, une influence négative de la famille ou des amis peuvent expliquer ce non-respect des règles élémentaires d'hygiène dentaire. Selon eux encore, un nombre important de patients, en particulier âgés, n'éprouve pas le besoin de traitement; d'autres évoquent le manque de temps. Au terme de cette revue de la littérature, il semble important de souligner les éléments suivants :

- le nombre des données françaises permettant d'estimer le recours aux soins pour parodontopathies s'avère assez faible. De surcroît, les quelques études disponibles semblent hétérogènes et incomplètes;
- il n'existe pas, à proprement parler, d'évaluations médico-économiques (de type coût-efficacité, coût-bénéfice ou coût-utilité) spécifiques des parodontopathies;
- enfin, si on constate l'influence de facteurs socio-économiques (tels que la classe sociale, le niveau d'éducation ou de revenus, ou encore, l'existence d'une assurance complémentaire) sur le recours aux soins parodontaux, on déplore néanmoins l'absence d'études françaises portant sur ce thème.

Prise en charge des parodontopathies en France

Aspects institutionnels

La liste des actes pratiqués par les parodontologistes et leur cotation sont présentés en annexe (voir p. 296).

Modalités de remboursement des parodontopathies par le régime général

ACTES RECONNUS OU ASSIMILÉS

Cinq types d'actes sont inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels :

- le détartrage (coté SC5 s'il est effectué par un chirurgien-dentiste, SPM5 dans le cas d'un médecin stomatologue) : 2 séances maximum par séquence de soins,
- la séance de traitement d'une parodontopathie, quelle que soit la technique utilisée (surfaçage, curetage, équilibrage occlusal), cotée SC4 ou SPM4 : 9 séances maximum par an,
- la ligature : SC8 ou SPM8 par ligature,
- l'attelle métallique : SC40 ou SPM40,
- la prothèse-attelle de contention : SC70 ou SPM70.

L'intervention à lambeaux est assimilée, depuis 1975, à la gingivectomie², cotée DC20 (si chirurgien-dentiste) ou KC20 (si médecin) pour 1 quadrant ou un secteur de canine à canine (Problème : les spécialistes parlent davantage en termes de sextant que de quadrant). On admet donc 4 DC20 (KC20) au maximum par cavité buccale.

Certains actes ne sont pas pris en charge, ni sujets à assimilation. C'est le cas de la chirurgie muco-gingivale, de la greffe gingivale, de la greffe osseuse et des matériaux inertes de comblement. Pour ces actes, il n'existe donc ni cotation, ni remboursement. Il existe, en revanche, une tarification de ces différentes interventions. À titre d'exemple, le coût des différents actes de parodontologie pour les hôpitaux relevant de l'Assistance Publique (examens et traitements prévus par l'article 1 de l'arrêté interministériel du 27 août 1973) figure dans le tableau 12-8.

VALEUR DES LETTRES-CLÉS, ENTENTE PRÉALABLE ET OPPOSABILITÉ

La valeur actuelle des lettres-clés utilisées dans le cas des parodontopathies est la suivante :

- SC : 15,20 F
- SPM : 14,70 F
- DC : 13,70 F
- KC : 13,70 F

Certains actes nécessitent une entente préalable : attelle, prothèse-attelle de contention, intervention à lambeaux (car assimilation) et gingivectomie (cotée DC20 ou KC20). En revanche, les SC4, SC5, ligatures et gingivectomies de moins d'un quadrant (cotées DC5 ou KC5) ne requièrent pas d'entente préalable.

Tableau 12-8 Tarifs applicables au 1^{er} janvier 1995 (AP-HP Paris)

Libellé	Actes NGAP (cote)	Dépassement par entente directe	Actes hors NGAP
Coronoplastie étendue (par séance)			299 F
Analyse occlusale			427 F
Axiographie			427 F
Chirurgie parodontale par quadrant et/ou sextant unitaire	DC 20 DC 5	639 F + matériaux particuliers 200 F + matériaux particuliers	
Applications topiques de fluorure (par séance)			129 F
Gouttière thermoformée pour fluoration (par arcade)			288 F
Surfaçage par quadrant et/ou sextant (par séance)	SC 4	227 F	
Attelle coulée collée			865 F par dent
Attelle non coulée collée			227 F par dent
Guide de cicatrisation			722 F

Sont opposables les actes suivants : SC4, SC5, SC8, gingivectomie. Les praticiens doivent donc respecter les tarifs conventionnels.

Sont à présent considérés comme inopposables, par décision du Comité dentaire paritaire national, les SC40, SC70 et les interventions à lambeaux en cas de régénération tissulaire ou osseuse guidée (pose d'une membrane ou d'un matériau de comblement).

En règle générale, le montant maximum accordé est 2 SC5 + 9 SC4 (+ éventuellement SC40 ou SC70). Il est à noter que les praticiens ne respectent pas toujours l'opposabilité des actes et qu'ils ne renvoient pas systématiquement la feuille de soins, la faiblesse de la prise en charge rendant cet envoi peu utile, lorsque le devis global est élevé.

Modalités de remboursement des parodontopathies par la MGEN

La MGEN, quant à elle, rembourse les 25 % complémentaires des 70 % du tarif de base Sécurité sociale pris en charge par le régime général.

Elle a, par ailleurs, mis en place une prestation « soins coûteux » qui permet d'atténuer la charge financière des adhérents confrontés à des traitements ou pratiques médicales peu ou pas remboursés par la Sécurité sociale.

En 1995, près de 3,7 millions de francs ont ainsi été répartis sur 3 990 dossiers dont 1 387 au seul titre des soins parodontaux ou dentaires spéciaux (Tableau 12-9). Pour déterminer le montant de l'accord pour soins coûteux, dans le cas de parodontopathies, la MGEN considère les éléments suivants :

- 1 consultation de spécialiste (SC15),
- 9 séances de soins de gencives/an (coût unitaire SC9),
- 1 cotation DC30 et non DC20 pour la gingivectomie,
- 6 interventions (lambeaux, greffes)/an (coût unitaire DC25³),
- 6 apports de matériaux/an (coût unitaire DC10),
- 6 poses de membranes/an (coût unitaire DC10),
- 4 à 5 séances de maintenance/an (coût unitaire SC15).

La MGEN octroie 95 % du montant ainsi calculé, après déduction de ce qui est pris en compte par la Sécurité sociale.

Tableau 12-9 Nombre de dossiers et montants attribués pour soins coûteux

Nature des dossiers	Nombre de dossiers concernés	Montants attribués	Moyenne par dossier
Actes médicaux non remboursés en SS	586	1 078 095 F	1 095 F
Parodontopathie et soins dentaires spéciaux	1 387	769 340 F	555 F
Suivi psychothérapeutique et moteur	713	743 016 F	1 042 F
Médicaments et analyses non remboursés en SS	594	606 562 F	1 021 F
Frais d'appareillage	361	332 194 F	920 F

Résultats d'une étude préliminaire

Méthodologie

Afin de tenter de mieux cerner la prise en charge actuelle des parodontopathies en France, une étude rétrospective a été mise en place, avec le concours précieux de la MGEN, à partir d'un échantillon de dossiers de demande de remboursement de soins coûteux pour parodontopathie adressés au siège national de la MGEN en 1996. 173 dossiers ont ainsi été analysés. Les informations suivantes ont été recueillies :

- sexe du bénéficiaire,
- année de naissance du bénéficiaire,
- montant total des dépenses engagées,
- montant des dépenses remboursées par la Sécurité sociale,
- montant des dépenses remboursées par la MGEN dans le cadre des prestations statutaires,
- montant des dépenses remboursées par la MGEN dans le cadre du secteur des soins coûteux,
- montant des dépenses restant à la charge du patient.

Il va de soi que toutes ces informations ont été collectées et analysées de façon anonyme. Il n'a, en revanche, pas été possible de disposer d'informations concernant le revenu et la catégorie socio-professionnelle des bénéficiaires, mais on peut supposer, au regard des caractéristiques générales des assurés de la MGEN (Tableau 12-10), une certaine homogénéité des données concernant ce second élément.

Tableau 12-10 Caractéristiques générales de la population mutualiste de la MGEN

	Effectif au 31/12/1995	1974 – 1975
Actifs du régime général	121 864	
Actifs du régime fonctionnaire	972 992	
Retraités (R.g. + R.f.)	375 185	
Régimes divers	23 489	
Adhérents « maintenus »	7 346	
Total	1 500 876	
Membres associés « b »	342 492	
Total général	1 843 368	
Proportion d'hommes (%)	36,70 %	38,85 %
Proportion de femmes (%)	63,30 %	61,15 %
Proportion des moins de 30 ans	11,18 %	33,28 %
Proportion des moins de 35 ans	19,52 %	48,00 %
Proportion des plus de 65 ans	15,19 %	7,53 %

On dénombrait, au 31 décembre 1995, près de 1 500 000 membres participants de la MGEN. Parmi eux, 64,8 % sont soumis au régime des fonctionnaires. Il existe par ailleurs 342 492 membres associés « b », pour la plupart des conjoints ou des étudiants, ce qui représente 18,6 % de l'effectif total des mutualistes MGEN.

Les mutualistes MGEN sont, pour 63,30 % d'entre eux, de sexe féminin. On observe, si l'on compare les statistiques de 1974 et de 1995, un vieillissement de la population, les moins de 30 ans ne représentant plus, en 1995, que 11 % des mutualistes (pour 33 % en 1974).

Résultats

On constate, dans l'échantillon de 173 dossiers ainsi constitué, que 69 % des demandes de remboursement émanent d'individus de sexe féminin. Cette proportion, quoique légèrement supérieure, demeure comparable à celle des femmes dans l'ensemble des mutualistes MGEN. L'âge moyen est de 50,6 ans (51,7 ans pour les hommes; 50,1 ans pour les femmes) avec un minimum à 8 ans et un maximum à 84 ans.

**Tableau 12-11 Montants financiers à charge des différents acteurs
(en francs 1996 par patient)**

Sexe	Dépenses engagées	Remboursement S S	Remboursement MGEN		Reste à charge du patient
			prest. statutaires	soins coûteux	
Masculin	5 111,6	606,4	338,9	598,0	3 568,3
Féminin	3 654,4	420,7	115,3	550,7	2 567,7
Moyenne	4 106,0	478,2	184,6	565,4	2 877,8

**Tableau 12-12 Part de la dépense engagée à charge des différents acteurs
(en %)**

Sexe	Remboursement S S	Remboursement MGEN		Reste à charge du patient
		prest. statutaires	soins coûteux	
Masculin	11,9 %	6,6 %	11,7 %	69,8 %
Féminin	11,5 %	3,2 %	15,1 %	70,2 %
Moyenne	11,6 %	4,5 %	13,8 %	70,1 %

Comme l'indiquent les tableaux 12-11 et 12-12, le montant moyen des dépenses engagées est de l'ordre de 4 100 francs par fiche de remboursement (minimum : 500 francs; maximum : 51 700 francs); 11,6 % de ce débours est pris en charge par la Sécurité sociale et 4,5 % par la MGEN dans le cadre des prestations statutaires (couverture de 95 % du tarif Sécurité sociale). Au titre des soins coûteux, la MGEN prend à sa charge, en plus des dépenses légales mentionnées ci-avant, 13,8 % du débours total.

La somme moyenne restant à la charge du patient après les interventions financières de la Sécurité sociale et de la mutualité, est de 2 877,80 francs par demande de remboursement, correspondant à près de 70 % du débours total. En l'absence de prise en charge spécifique pour soins coûteux, le patient aurait payé, en moyenne, 3 443,20 francs, soit 83,9 % du montant initial.

Le montant total des dépenses engagées est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (5 112 vs 3 654 francs). Le faible nombre de dossiers examinés ne permet toutefois pas de se prononcer sur le caractère statistiquement significatif de cette différence.

Cette enquête présente un certain nombre de limitations méthodologiques. Outre le faible nombre de dossiers inclus, on ne dispose, en effet, que de peu d'informations quant aux caractéristiques des individus qui bénéficient de l'intervention de la MGEN pour soins coûteux. Il est, par ailleurs, impossible de savoir si la population étudiée est représentative de la population française. Au vu des caractéristiques spécifiques des assurés et ayants droit de la MGEN, on peut toutefois en douter. Signalons enfin que

les fiches de recueil de coûts ont été remplies avec une qualité variable, qui ne permet pas de garantir l'exactitude des données.

Pour tout cet ensemble de raisons, cette étude ne peut fournir de chiffres précis quant aux montants financiers à charge des différents intervenants. Elle permet néanmoins de souligner l'importance des dépenses à la charge du patient, après intervention de la Sécurité sociale et de la mutualité (près de 70 % du montant total), ainsi que l'ampleur des dépenses en lien avec le traitement des parodontopathies (4 100 francs par demande de remboursement). Soulignons cependant, concernant ce second point, que les dépenses sont inégalement réparties : pour 63 % des dossiers, le débours total est inférieur à 3 500 francs; en revanche, pour 9 % d'entre eux (mais ceux-ci ont une influence sur le débours moyen), la dépense totale excède 9 500 francs.

RÉFÉRENCES

- BLINKHORN AS. Factors affecting the compliance of patients with preventive dental Regimens. *Int Dent J* 1993 **43** : 294-8
- CNAMTS. *Enquête nationale sur les actes bucco-dentaires*. Mai 1995
- CREDES. *Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992*. Actes du Colloque. CREDES Biblio n° 1046, 1994, 194 p.
- DOLAN TA, ATCHISON KA. Implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. *J Dent Educ* 1993 **57** : 876-887
- GALLET JP. L'exercice libéral de la chirurgie dentaire. France 1987. CREDES, Biblio n° 829bis, 1989, 176 p.
- LOCKER D, LEAKE JL. Inequities in health : dental insurance coverage and use of dental services among older ontario adults. *Can J Public Health* 1993 **84** : 139-140
- MENDOZA AR, NEWCOMB GM, NIXON KC. Compliance with supportive periodontal therapy. *J Periodontol* 1991 **62** : 731-736
- MIZRAHI AN, MIZRAHI AR. Soins et état de santé bucco-dentaire : premiers résultats de l'enquête nationale auprès des chirurgiens dentistes, France 1987. Colloque Économie, Géographie, Sociologie et Santé Bucco-Dentaire, Chinon, 8-9 septembre 1988. CREDES, Biblio n° 775, 1988
- MIZRAHI AN, MIZRAHI AR. Évolution de la consommation bucco-dentaire et renoncement aux soins. In : *Situation de la santé dentaire en France : état des lieux, orientations stratégiques*. COME, 1995a, pp. 85-95
- MIZRAHI AN, MIZRAHI AR. *Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire : graphiques commentés*. CREDES, Biblio n° 1087, 1995b
- RIZK SP, CHRISTEN AG. Falling between the cracks : oral health survey of school children ages five to thirteen having limited access to dental services. *J Dentist Childr* 1994 : 356-360

Annexe : Actes réalisés par les parodontologues et leur cotation

Le lecteur pourra confronter la liste des actes pratiqués par les parodontologues avec les thérapeutiques développées dans les chapitres 9 et 10.

Traitements du parodonte malade (HN : hors nomenclature)	Cotation
<i>Gingivites</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • motivation • détartrage • irrigations • gingivectomies (hyperplasies) 	C ou pas de cotation (HN) SC 5 (max. 2 séances) SC 4 (max. 9 séances) DC 20 par quadrant DC 5 si quadrant incomplet
<i>Parodontites</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • motivation • radiographies 	C ou HN Z 3,8 * nombre de rx
Examens complémentaires :	
<ul style="list-style-type: none"> • sondes • cultures bactériologiques • surfaçages • réévaluation • interventions à lambeaux • avec ostéectomie • amputations ou hémisections • RTG 	HN HN HN HN DC 20 par quadrant DC 20 + HN HN DC 20 + HN
Maintenance	
<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation correspondant à une période de 3 à 6 mois en fonction du patient. 	SC5 + SC4 radiographies Z3,8 * nombre de clichés
Traitements préprothétiques	
<i>Parodonte sain ou assaini</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • élongations coronaires avec ou sans ostéectomies • chirurgie mucogingivale • hémisections • amputations 	HN HN HN HN
Chirurgie muco-gingivale	
<i>Parodonte sain mais de quantité ou de qualité non satisfaisante</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • greffe épithélio-conjonctive • greffe conjonctive • lambeau déplacé latéralement <li style="padding-left: 20px;">coronairement <li style="padding-left: 20px;">apicalement • RTG avec membrane • frénectomie • vestibuloplastie • dégagement de dent incluse 	HN HN HN HN HN HN Dc 10 Dc 10 Dc 30

Chirurgie osseuse

- | | |
|----------------------------------|----|
| • greffes conjonctives | HN |
| • greffes épithélio-conjonctives | HN |
| • comblements | HN |
| • ROG avec membrane | HN |
-