

La prise en charge du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques est-elle adaptée ?

Exploitation de l'enquête ESPS 2008

Thierry Rochereau (Irdes),

Sylvie Azogui-Lévy (Université Paris-Diderot et Inserm U1018 CESP)

Le diabète est une pathologie caractérisée par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline. Non équilibré, il peut engendrer des complications sévères. La maladie parodontale constitue une des complications du diabète non équilibré. Cette affection bactérienne détruit les tissus qui supportent les dents et provoque leur perte. Or, la prévention des affections dentaires peut avoir un effet bénéfique sur l'équilibre du diabète et la qualité de vie des personnes atteintes.

À partir des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2008, représentative en population générale, nous décrivons les caractéristiques socio-économiques des personnes diabétiques et nous interrogeons sur leurs accès et recours au dentiste.

Le diabète touche en France 4,5 % de personnes et 7,6 % des 35 ans et plus étudiés ici. Sa prévalence augmente fortement avec l'âge (de 1,6 % pour les 35-49 ans à 15,5 % pour les 70 ans et plus) et les hommes sont plus concernés que les femmes. Les personnes diabétiques sont en outre plus défavorisées que le reste de la population. Nos résultats montrent aussi que les personnes diabétiques ne recourent pas plus que les non-diabétiques au dentiste, voire moins, alors qu'elles sont prises en charge à 100 % par le dispositif des affections de longue durée au titre du diabète.

Le diabète de type 2 (Encadré 1) est une pathologie chronique dont la prévalence, estimée à 4,4 % en France en 2009 selon l'InVS, touche 2,7 millions de personnes et ne cesse d'augmenter (Fagot-Campagna *et al.*, 2010). Non équilibré, le diabète peut engendrer des complications sévères et invali-

dantes, dont les maladies parodontales (Mealey and Oates 2006 ; Manfredi *et al.*, 2004). Ces maladies sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents entraînant leur perte, ce qui est préjudiciable à la mastication. Un recours régulier au dentiste peut prévenir ces affections.

La Haute Autorité de santé (HAS) recommande d'ailleurs depuis 2007 une visite annuelle chez le dentiste dans le suivi des patients diabétiques.

Outre les effets connus de l'obésité et de la sédentarité sur le risque de développer un diabète, des études ont montré un impact du

E1

Diabète et santé dentaire

Qu'est-ce que le diabète ?

Le diabète est une affection métabolique caractérisée par la présence d'une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline, d'anomalies de l'action de l'insuline sur les tissus cibles ou de l'association des deux. On classe essentiellement le diabète en type 1 et 2 (Grimaldi, 2009). Le diabète de type 1 est causé par la destruction des cellules bêta du pancréas, d'où l'incapacité à sécréter de l'insuline. Cette forme de diabète se rencontre chez le sujet jeune et représente 5,6 % des cas de diabète traités en France. Le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente. Il est caractérisé par une résistance à l'insuline et une carence relative de sécrétion d'insuline. Il se rencontre essentiellement chez l'adulte et représente plus de 92 % des cas de diabète traités. Le caractère épidémique du diabète de type 2 est lié au vieillissement de la population et au changement de mode de vie (réduction de l'activité physique, alimentation riche en graisses saturées avec diminution des fibres) avec prise de poids et obésité.

Le lien entre diabète et santé buccodentaire

Les complications liées au diabète ont des conséquences néfastes sur la santé et la qualité de vie des personnes. Un bon contrôle de la maladie et une prise en charge médicale et pharmacologique permettent d'éviter ou de réduire considérablement ces complications. La Haute Autorité de santé (HAS) a publié et actualisé des recommandations concernant la prise en charge du diabète et un des objectifs de la loi de santé publique de 2004 était d'assurer une surveillance conforme aux bonnes pratiques à 80 % des patients. Cet objectif n'a pas encore été atteint. Plusieurs initiatives ont été prises afin d'améliorer la surveillance des diabétiques par la coordination des interventions des professionnels de santé autour des patients (réseaux de soins), la coopération entre médecins et infirmiers (expérience Asalée) et le développement des maisons de santé pluridisciplinaires. Depuis 2008, l'accompagnement des patients par le programme de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), Sophia,

visé à améliorer la prise en charge des patients diabétiques et à diminuer à terme le coût de la pathologie.

Les hospitalisations demeurent le premier poste de dépenses et la fréquence, ainsi que la gravité des complications, diminuent peu (InVS, 2012). Parmi les complications, on compte la maladie parodontale (affection touchant les tissus de soutien de la dent). De nombreuses études cliniques ont montré la relation bi-directionnelle entre maladie parodontale et diabète (Manfredi *et al.*, 2004 ; Tsai *et al.*, 2002 ; Preshaw *et al.*, 2011 ; Bascones-Martinez *et al.*, 2011), laissant penser que la prévention des affections dentaires peut avoir un effet bénéfique sur l'équilibre glycémique (Azogui-Lévy *et al.*, 2009). L'hyperglycémie favorise la croissance des bactéries de la plaque dentaire mais induit aussi une réponse inflammatoire détruisant du tissu conjonctif et favorisant les parodontites. En même temps, l'inflammation chronique induite par une maladie parodontale contribue au mécanisme d'insulinorésistance et donc à une hyperglycémie.

E2

Le recours aux soins dentaires suit un gradient social

Selon les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), en population générale, parmi les 73,5 % de personnes ayant eu recours à un dentiste au cours des vingt-quatre derniers mois, les personnes non diplômées, au chômage, au foyer et précaires recourent moins. Ainsi, les personnes qui ont arrêté l'école en primaire sont 58,5 % à avoir consulté un dentiste (OR=0,6***), contre 84,2 % de celles qui ont leur baccalauréat ou plus (OR=1,4***). De même, les personnes au chômage et au foyer sont respectivement 68,5 % (OR=0,8*) et 65,8 % (OR=0,7***) à y avoir recouru contre 79,8 % des personnes en emploi au moment de l'enquête. Enfin, le taux de recours au dentiste diminue fortement avec le degré de précarité, de 82 % pour les personnes non-précaires à 62 % pour les personnes les plus précaires (OR=0,5***).

La couverture complémentaire santé a également un fort impact sur le recours au chirurgien-dentiste. Les personnes sans couverture complémentaire recourent nettement moins fréquemment. Elles sont 55,3 % (OR=0,7***) à recourir en vingt-quatre mois, alors que les personnes en disposant sont 74,7 %. Pour leur part, les personnes bénéficiant de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) recourent moins dans l'absolu, 69,7 %, mais davantage toutes choses égales par ailleurs (OR=1,4***). Ces résultats confirment l'effet positif d'une couverture complémentaire pour des soins peu pris en charge par l'Assurance maladie pour des personnes socialement défavorisées (Azogui et Rochereau, 2005 ; Tsakos *et al.*, 2011).

niveau socio-économique sur sa prévalence (Romon *et al.*, 2006 ; Brown *et al.*, 2004). En France, de fortes inégalités sociales ont été décrites en termes d'accès aux soins des personnes diabétiques et de qualité de leur suivi, malgré une prise en charge des soins à 100 % au titre d'une affection de longue durée (ALD) et un recours fréquent au médecin généraliste (Fosse *et al.*, 2011). De même, les inégalités sociales de recours aux soins dentaires sont bien documentées. Mais jusqu'à présent, aucune enquête représentative de la population générale n'avait étudié ces problématiques chez les personnes diabétiques.

A partir des données de l'enquête ESPS 2008 (Encadré Source), représentative en population générale, nous décrivons les caractéristiques socio-économiques des personnes atteintes de diabète et tentons de répondre à plusieurs questions : les personnes diabétiques recourent-elles régulièrement à un chirurgien-dentiste comme le recommande la Haute Autorité de santé (HAS) ? Le gradient de précarité de recours aux soins dentaires est-il réduit chez les personnes diabétiques dont la plupart bénéficient de la prise en charge des soins au titre de l'ALD ?

En France, selon ESPS 2008, les personnes diabétiques représentent 4,5 % de la population et sont nettement plus défavorisées

Selon l'enquête ESPS 2008, la prévalence du diabète est estimée à 4,5 % dans l'ensemble de la population générale, ce qui est comparable aux autres enquêtes nationales (Fagot-Campagna *et al.*, 2010 ; InVS, 2012) et à 7,6 % parmi les 35 ans et plus étudiés ici. Elle augmente très fortement avec l'âge (Tableau 1) : de 1,6 % pour les 35-49 ans à 15,5 % pour les 70 ans et plus. Les hommes, avec une prévalence de 9,1 %, sont nettement plus concernés que les femmes (6,4 %).

La survenue du diabète est en grande partie liée à la sédentarité et à un excès de poids. Ainsi, la prévalence du diabète est de 8,8 % chez des personnes en surpoids et de 18,3 % des personnes obèses.

La prévalence du diabète diffère également selon le niveau d'éducation, la situation vis-à-vis du travail et le niveau de précarité (Tableau 1). En ce sens, les résultats de l'enquête ESPS confirment ceux d'études déjà parues

sur le sujet (Bihan *et al.*, 2005 ; Dray-Spira *et al.*, 2008). Ainsi, les personnes diabétiques ont un niveau d'études qui ne dépasse pas le certificat d'études dans 55 % des cas et seulement 13 % ont au moins le baccalauréat (contre respectivement 29 % et 34 % pour les non-diabétiques). De même, les personnes diabétiques sont moins en activité (18 % *versus* 52 %). Enfin, la proportion de personnes précaires (score Epices supérieur à 24) [Encadré Méthode] est plus importante chez les personnes diabétiques (51 % contre 36 %). Par ailleurs, 80 % des personnes déclarant un diabète déclarent dans le même temps bénéficier d'une prise en charge au titre de l'ALD.

Malgré les recommandations de suivi et leur prise en charge en ALD, les personnes diabétiques consultent moins le dentiste que les non-diabétiques et les personnes sans ALD

Toutes choses égales par ailleurs, malgré les recommandations de la HAS et une prise en charge en ALD, les personnes diabétiques ne recourent pas plus que les non-diabétiques. Le modèle logistique (Tableau 2, modèle 1) montre en effet qu'après contrôle des principaux facteurs de re-cours au chirurgien-dentiste, le recours des personnes diabétiques n'est pas significativement différent de celui des non-diabétiques (OR=0,864). De plus, les inégalités de recours au chirurgien-dentiste, bien connues par ailleurs, sont tout aussi importantes chez les personnes diabétiques que chez les non-diabétiques, alors que l'on aurait pu s'attendre à ce que les dispositifs mis en place, en particulier la prise en charge à 100 % des soins dentaires des diabétiques, permettent de les réduire au sein de cette population (Encadré 2). Toutes choses égales par ailleurs, il existe des gradients de précarité de recours au dentiste chez les personnes non-diabétiques ($p < 0,001$) ; et chez les diabétiques ($p < 0,01$, Tableau 2, modèle 2) dont l'ampleur n'est pas différente ($p = 0,998$).

T1

Caractéristiques sociodémographiques des diabétiques dans ESPS 2008

	Personnes diabétiques N = 648	Personnes non-diabétiques N = 8 313	Prévalence du diabète
Effectif total = 8 961			
Sexe			
Hommes	55 %	45 %	9,1 %
Femmes	45 %	55 %	6,4 %
Age			
35-49 ans	7 %	34 %	1,6 %
50-59 ans	18 %	24 %	5,9 %
60-69 ans	26 %	18 %	10,7 %
70 ans et plus	46 %	21 %	15,5 %
Non renseigné	3 %	4 %	6,7 %
Niveau d'études			
Primaire	55 %	29 %	13,2 %
Collège, CAP, BEP	31 %	34 %	7,0 %
Lycée ou plus	13 %	34 %	3,0 %
Autre, non renseigné	2 %	2 %	6,6 %
Occupation principale			
Actif occupé	18 %	52 %	2,7 %
Chômeur	5 %	5 %	7,4 %
Retraité	65 %	36 %	13,0 %
Personne au foyer	9 %	5 %	11,7 %
Autres, non renseigné	4 %	2 %	3,9 %
Revenus			
1 ^{er} quintile	25 %	15 %	11,9 %
2 ^e quintile	21 %	16 %	9,6 %
3 ^e quintile	14 %	17 %	6,5 %
4 ^e quintile	14 %	18 %	6,1 %
5 ^e quintile	13 %	21 %	4,8 %
Non renseigné	13 %	13 %	7,5 %
Précarité			
Pas précaire (score ≤ 24)	31 %	52 %	4,6 %
Précaire (score > 24)	51 %	36 %	10,5 %
Non renseigné	19 %	13 %	10,8 %
Couverture complémentaire			
Complémentaire santé privée	86 %	90 %	7,3 %
CMU-C	4 %	4 %	7,9 %
Pas de complémentaire santé	8 %	5 %	12,1 %
Non renseigné	1 %	1 %	7,7 %
Indice de masse corporelle			
Maigre	6 %	12 %	3,9 %
Normal	22 %	43 %	4,0 %
Surpoids	38 %	33 %	8,8 %
Obèse	34 %	13 %	18,3 %
Non renseigné	3 %	4 %	6,6 %
Recours au cours des 24 derniers mois			
Recours	57 %	69 %	6,4 %
Pas recours	36 %	24 %	11,0 %
Non renseigné	7 %	7 %	8,0 %
Affiliation ALD	80 %	18 %	

Source : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008, Irdes.

Télécharger les données : www.irdes.fr/Donnees/Qes185_SuiviBuccoDentairePersonnesDiabetiques.xls

SOURCE

L'Enquête santé protection sociale (ESPS) dresse depuis 1988 un tableau de l'état de santé, des soins et de la protection sociale de la population de France métropolitaine selon ses caractéristiques sociales. Elle interroge les ménages dont un membre au moins est assuré au Régime général des travailleurs salariés (Cnamts), au Régime social des indépendants (RSI) ou au Régime agricole (MSA). Elle est ainsi représentative de plus de 95 % de la population des personnes vivant en ménage ordinaire (hors personnes sans domicile ou domiciliées en institution).

L'échantillon. En 2008, 8 257 ménages, soit 22 273 personnes, ont été interrogés dans le cadre d'ESPS. Le recueil associe le mode téléphonique (Cati) et le mode face-à-face (Capi). Des auto-questionnaires papier sont proposés à tous les ménages, dont l'un sur la santé à toutes les personnes âgées de 16 ans ou plus.

Le champ d'étude. Compte tenu de la faible prévalence du diabète avant 35 ans, le champ d'étude est restreint aux personnes âgées de 35 ans et plus, pour lesquelles la prévalence est de 7,6 % (N=648).

Enfin, le faible recours au chirurgien-dentiste n'est pas propre à la population des bénéficiaires d'une ALD mais, plus vraisemblablement, à une particularité de la population des diabétiques. En effet, toutes choses égales par ailleurs, les personnes diabétiques en ALD recourent significativement moins au chirurgien-dentiste que les non-diabétiques qui ne bénéficient pas d'une ALD, alors que dans le même temps, les personnes non-diabétiques en ALD ont une probabilité de recours comparable aux non-diabétiques/non ALD (Tableau 2, modèle 2). Ce moindre recours propre à la situation des personnes diabétiques peut s'expliquer du fait que cette population souffre d'importants problèmes sociaux et sanitaires (polyopathologies) qui font que les soins dentaires ne sont pas une priorité.

Le cumul des vulnérabilités médicale et sociale, en l'occurrence être diabétique et précaire, réduit encore davantage la probabilité de recourir à un dentiste (Tableau 2, modèle 2 - OR=0,495*** comparé aux personnes non précaires et non-diabétiques). Si la CMU-C joue un rôle de filet de sécurité pour l'accès aux soins dentaires, cela ne paraît pas être le cas de la prise en charge en ALD. En revanche, l'accès à une couverture complémentaire semble déterminant pour le recours à ces soins. Or le fait d'avoir une couverture à 100 % des soins au titre du diabète en tant qu'ALD est souvent un motif de non-recours à une complémentaire santé. Le taux de non-couverture atteint ainsi 12 % chez les personnes exonérées du ticket modérateur contre 4,8 % en population générale. Ce résultat pourrait en partie expliquer le faible recours aux soins dentaires des diabétiques, surtout quand ils sont plus précaires. Les traitements dentaires présentent des restes à charge importants qui sont pris en charge en partie selon les contrats, par les assurances complémentaires. La couverture à 100 % en ALD ne concerne que les traitements sans dépassements d'honoraires, ce qui peut placer les personnes les plus défavorisées et sans couverture complémentaire dans une situation de non-recours aux soins dentaires.

T2

Probabilité d'avoir recours au chirurgien-dentiste au cours des 24 derniers mois (N = 8 362)

	Modèle 1 ^a	Modèle 2 ^a	Modèle 3 ^a
Variabiles			
Sexe			
Homme	0,605 ***	0,605 ***	0,607 ***
Femme	1	1	1
Âge			
35-49 ans	1	1	1
50-59 ans	1,055	1,056	1,056
60-69 ans	1,104	1,104	1,101
70 ans et plus	0,622 ***	0,621 ***	0,626 ***
Complémentaire santé			
Protégé par une complémentaire santé privée	1	1	1
Protégé par la CMU complémentaire	1,447 **	1,444 **	1,433 **
Non protégé	0,689 **	0,688 **	0,688 **
Situation non renseignée	0,953	0,953	0,954
Situation familiale			
Foyer en couple	1	1	1
Foyer monoparental	0,848	0,849	0,851
Personne seule	0,718 ***	0,718 ***	0,721 ***
Autres types de foyers	0,873	0,873	0,870
Niveau d'études			
Primaire	0,621 ***	0,620 ***	0,622 ***
Collège, Brevet, CAP, BEP	1	1	1
Lycée ou plus	1,380 ***	1,379 ***	1,381 ***
Autres	0,927	0,925	0,927
Occupation principale			
Travaille actuellement	1	1	1
Chômeur	0,811	0,812	0,812
Au foyer	0,752 *	0,754 *	0,756 *
Retraité	1,031	1,034	1,045
Autres situations	0,630 **	0,630 **	0,654 **
Revenus			
1 ^{er} quintile	0,723 **	0,724 **	0,725 **
2 ^e quintile	0,832	0,833	0,832
3 ^e quintile	0,925	0,926	0,925
4 ^e quintile	0,882	0,883	0,879
5 ^e quintile	1	1	1
Non renseigné	0,930	0,931	0,926
Score de précarité			
Pas précaire (score ≤ 24)	1		1
Précaire (score > 24)	0,586 ***		0,588 ***
Non renseigné	0,792 ***		0,792 **
Diabète			
Ne souffre pas d'un diabète	1		
Souffre d'un diabète	0,864		
Précarité*diabète			
Non précaire & non-diabétique		1	
Non précaire & diabétique		0,843	
Précaire & non-diabétique		0,587 ***	
Précaire & diabétique		0,495 ***	
Non renseigné		0,778	
Gradients de précarité			
Chez les non-diabétiques		p<0,001 ***	
Chez les diabétiques		p<0,01 **	
Diabétiques vs non-diabétiques		p=0,998 NS	
Diabète*ALD			
Non-diabétiques non ALD			1
Non-diabétiques ALD			0,949
Diabétiques non ALD			1,143
Diabétiques ALD			0,790 *

^a Voir encadré Méthode page 5 pour les méthodes statistiques.

Source : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008, Irdes.

Télécharger les données : www.irdes.fr/Donnees/Qes185_SuiviBuccoDentairePersonnesDiabetiques.xls

MÉTHODE

Identification des personnes diabétiques. Dans l'enquête ESPS les personnes sont considérées comme diabétiques quand elles déclarent un diabète dans la liste des maladies ou lorsqu'elles déclarent dans la liste des médicaments pris la veille au moins un traitement antidiabétique

Mesure du recours au dentiste. Le recours aux soins dentaires est mesuré par la déclaration d'une visite chez le dentiste au cours des deux dernières années.

Mesure du degré de précarité – Score Epices. Le score Epices est un score individuel de mesure de la précarité ou de la fragilité sociale. Il repose sur 11 questions tenant compte des déterminants matériels et psychosociaux de la précarité. La combinaison des réponses et des coefficients associés à chaque question permet de déterminer pour chaque individu le score Epices, celui-ci pouvant varier de 0 signifiant une absence de précarité à 100 pour une précarité maximum. Dans le cadre de cette étude, le découpage en quintiles du score Epices est le suivant :

	Score	Effectif
1 ^{er} quintile	[0 - 7]	1 671
2 ^e quintile]7 - 14,5]	1 461
3 ^e quintile]14,5 - 24]	1 526
4 ^e quintile]24 - 39]	1 539
5 ^e quintile]39 - 100]	1 573
-	non renseigné	1 191

Répartition déterminée sur la base des individus pour lesquels nous disposons à la fois des caractéristiques d'âge et de genre.

Les données de l'enquête ESPS 2008 confirment un seuil de précarité, montré également dans une étude de l'Irdes (Afrite *et al.*, 2010), à partir du quatrième quintile.

Dans les modèles qui nécessitaient un découpage binaire, nous avons ainsi considéré comme précaires les personnes classées dans les quintiles 4 et 5 et comme non précaires celles classées dans les trois premiers quintiles.

Méthodes statistiques. Nous avons réalisé trois régressions logistiques modélisant la déclaration d'un recours au chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois et prenant en compte les principaux facteurs du recours présents dans l'enquête (le sexe, l'âge, la situation familiale, le niveau d'études, le statut vis-à-vis de l'emploi et de la complémentaire santé, le niveau de revenu et le degré de précarité). Dans le premier modèle, nous ajoutons l'indicatrice permettant d'identifier les personnes diabétiques afin de situer leur niveau de recours. Dans le deuxième modèle, nous croisons le degré de précarité avec l'indicatrice identifiant les personnes diabétiques afin de comparer les gradients de précarité de recours au dentiste chez les personnes diabétiques et les non-diabétiques. Dans le troisième modèle, nous croisons l'indicatrice identifiant les personnes diabétiques avec celle identifiant les personnes en ALD afin d'étudier l'impact du dispositif des ALD dans le résultat sur le recours au dentiste des personnes diabétiques.

Comment améliorer la prise en charge du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques et leur parcours de soins ?

Cette étude a montré que les personnes diabétiques ne recourent pas plus que les non-diabétiques, même lorsqu'elles sont prises en charge en ALD, ce qui est le cas de 80 % d'entre elles. Les gradients de précarité de recours au dentiste sont de même ampleur dans les deux populations. Nos résultats confirment l'importance de la dimension socio-économique pour l'accès aux soins dentaires. Nous avons montré que la prise en charge par le dispositif des ALD ne permet pas un accès adéquat des personnes diabétiques aux dentistes, qui plus est quand elles sont précaires. Le cumul d'une faible prise en charge des traitements dentaires par le régime obligatoire et l'absence

de couverture complémentaire semble limiter d'autant l'accès aux soins d'une population précaire. En effet, la prise en charge à 100 % des soins dans le cadre de l'ALD serait le deuxième motif de non-souscription d'une complémentaire santé, après le manque de moyens. Des questions posées aux personnes non couvertes par une complémentaire santé dans les enquêtes ESPS 2010 et 2012 permettront d'approfondir ce constat à l'avenir.

Cette étude pose aussi la question du parcours de soins des personnes diabétiques et de l'impact des recommandations sur leur suivi. Les parcours de soins standardisés ont pour objectif d'instaurer un suivi régulier des personnes ayant une pathologie chronique, comme le diabète, mais ne se préoccupent pas de l'accès à des soins en partie conditionnés par des restes à charge et le niveau de protection sociale des individus (couverture com-

REPÈRES

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche sur la santé bucco-dentaire des personnes diabétiques conduit par Sylvie Azogui-Lévy au sein de l'UFR d'Odontologie de l'Université Paris-Diderot et de l'unité Inserm 1018 CESP équipe 11. Son objectif est d'analyser les facteurs associés à la santé dentaire et à l'accès aux soins des personnes diabétiques. Ce projet repose sur des données en population générale : l'Enquête santé de l'Insee et l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes, ainsi que sur des données individuelles et cliniques recueillies auprès de patients diabétiques en milieu hospitalier. Cette étude s'inscrit dans la continuité de travaux précédemment menés à l'Irdes sur la santé bucco-dentaire et l'accès aux soins à partir de l'enquête ESPS (Azogui-Lévy, Rochereau, 2005 ; Banchereau *et al.*, 2002).

plémentaire). La place de la santé orale n'est pas explicite dans ces parcours de soins et les recommandations de visite chez le dentiste sont du même ordre que pour un adulte non diabétique (une visite annuelle). Or les pathologies bucco-dentaires peuvent être prévenues et contrôlées chez l'adulte s'ils ont un recours régulier.

Au regard de nos résultats, les personnes diabétiques les plus vulnérables socialement devraient pouvoir bénéficier d'un accès facilité aux soins dentaires. Une évolution du contenu de la prise en charge par le dispositif des ALD ou l'aide à l'accès à une complémentaire santé pourraient contribuer à l'améliorer. Le faible recours au dentiste, spécifique des diabétiques dans cette étude, pose également la question de l'accès aux traitements préventifs pour cette population. Les programmes d'éducation thérapeutique inscrits dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) intègrent la dimension dentaire mais leur déploiement doit se faire en articulation étroite avec les médecins traitants qui voient régulièrement les patients. La diffusion des bonnes pratiques en éducation thérapeutique et leur mise en œuvre nécessitent aussi la formation des professionnels de santé et par conséquent des dentistes. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Afrite A., Bourgueil Y., Célant N. *et al.* (2010). « Score Epices : comparaison des résultats dans les échantillons ESPS et Cetaf ». In *Santé, soins et protection sociale en 2008. Rapport Irdes n° 547 (biblio n° 1800ter)*, juin, 43-65.
- Azogui-Lévy S., Anagnostou F., Etienne D. (2009). « Santé bucco-dentaire et diabète ». Chapitre dans *Traité de diabétologie* sous la direction de A.Grimaldi ; Flammarion.
- Azogui-Levy S., Rochereau T. (2005). « Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire ». *Questions d'économie de la santé*, n° 94, mai.
- Banchereau C., Doussin A., Rochereau T., Sermet C. (2002). « L'évaluation sociale du bilan bucco-dentaire : le BBD a-t-il atteint sa cible ? ». Rapport Irdes n° 515 (biblio 1396), novembre.
- Bascones-Martinez A., Matesanz-Perez P., Escribano-Bermejo M., González-Moles M.Á., Bascones-Ilundain J., Meurman J.H. (2011). "Periodontal disease and diabetes-Review of the Literature". *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 16:e722-9.
- Bihan H., Laurent S., Sass C. *et al.* association among individual deprivation, glycemic control, and diabetes complications (2005). "The Epices score. *Diabetes Care*"; 28:2680-2685.
- Brown A.F., Ettner S.L., Piette, *and al.* (2004). "Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature". *Epidemiol Rev*; 26: 63-77.
- Dray-Spira R., Gary T.L., Brancati F.L. (2008). "Socioeconomic position and cardiovascular disease in adults with and without diabetes mellitus: United States trends, 1997-2005". *J Gen Intern Med*; 23:1634-41.
- Fagot-Campagna A., Romon I., Fosse S., Roudier C. (2010). « Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France ». Institut de veille sanitaire. Synthèse épidémiologique, novembre.
- Fosse S., Dalichampt M., Fagot-Campagna A. (2011). « Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique ». Institut de veille sanitaire www.invs.sante.fr/surveillance/diabete
- Grimaldi A. (2009). *Traité de diabétologie*, Flammarion 2^e édition.
- Haute Autorité de santé (2007). *Guide affection de longue durée. Diabète de type 1 ; Diabète de type 2*. Juillet.
- Institut National de Veille Sanitaire (2012). « Dossier thématique diabète ».
- Manfredi M., McCullough M.J., Vescovi P., Al-Kaarawi Z.M., Porter S.R. (2004). "Update on diabetes mellitus and related oral disease *Oral Dis*". *J*;10(4):187-200.
- Mealey B.L. and Oates T.W. (2006). "AAP-Commissioned Review Diabetes Mellitus and Periodontal Diseases". *J Periodontol*; 77:1289- 1303.
- Preshaw P.M., Alba A.L., Herera D. *et al.* (2011). "Periodontitis and diabetes: a two-way relationship". *Diabetologia*.
- Romon I., Dupin J., Fosse S., Dalichampt M., Dray-Spira R., Varroud-Vial M., Weill A., Fagot-Campagna A. (2006). « Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001 ». *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n° 45.
- Tsai C., Hayes C., Taylor G.W.(2002). "Glycemic control of type 2 diabetes and severe periodontal disease in the U.S. adult population". *Community Dent Oral Epidemiol*;30:182-192.
- Tsakos G., Demakakos P., Breeze E., Watt R. (2011). "Social gradients in oral health in older adults: findings from the English longitudinal survey of aging". *American J of Public Health*; 18: e1-e8.