



**HAL**  
open science

# Étude rétrospective d'une population accédant à la permanence d'accès aux soins de santé du pôle odontologie du CHU de Bordeaux en 2015

Liza Hérisson

► **To cite this version:**

Liza Hérisson. Étude rétrospective d'une population accédant à la permanence d'accès aux soins de santé du pôle odontologie du CHU de Bordeaux en 2015. Chirurgie. 2016. dumas-01411717

**HAL Id: dumas-01411717**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01411717>**

Submitted on 7 Dec 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux  
Collège des Sciences de la Santé  
UFR des Sciences Odontologiques

Année 2016

N°72

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement  
Par Madame HERISSON Liza  
Née le 27 juin 1990  
A Pointe-à-Pitre  
Le 25 novembre 2016

**ETUDE RETROSPECTIVE D'UNE POPULATION ACCEDANT  
A LA PERMANENCE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE  
DU PÔLE ODONTOLOGIE DU CHU DE BORDEAUX  
EN 2015**

Directeur de thèse

Madame le Docteur Cécile BADET

Membres du Jury

Président	Madame V. DUPUIS	Professeur des Universités
Directeur	Madame C. BADET	Maître des conférences des Universités
Rapporteur	Monsieur T. BARSBY	Praticien hospitalier
Assesseur	Madame J.NANCY	Maître des conférences des Universités

# UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ 01/11/2016

**Président** M. TUNON DE LARA Manuel  
**Directeur de Collège des Sciences de la Santé** M. PELLEGRIN Jean-Luc

## COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

**Directrice** Mme BERTRAND Caroline 58-02  
**Directrice Adjointe – Chargée de la Formation initiale** Mme ORIEZ-PONS Dominique 58-01  
**Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche** M. FRICAIN Jean-Christophe 57-02  
**Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales** M. LASSERRE Jean-François 58-02

### ENSEIGNANTS DE L'UFR

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Caroline BERTRAND Prothèse dentaire 58-02  
Mme Marie-José BOILEAU Orthopédie dento-faciale 56-02  
Mme Véronique DUPUIS Prothèse dentaire 58-02  
M. Bruno ELLA NGUEMA Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux 58-03  
M. Jean-Christophe FRICAIN Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique 57-02

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Elise ARRIVÉ Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale 56-03  
Mme Cécile BADET Sciences biologiques 57-03  
M. Etienne BARDINET Orthopédie dento-faciale 56-02  
M. Michel BARTALA Prothèse dentaire 58-02  
M. Cédric BAZERT Orthopédie dento-faciale 56-02  
M. Christophe BOU Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale 56-03  
Mme Sylvie BRUNET Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique 57-02  
M. Sylvain CATROS Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique 57-02  
M. Stéphane CHAPENOIRE Sciences anatomiques et physiologiques 58-03  
M. Jacques COLAT PARROS Sciences anatomiques et physiologiques 58-03  
M. Jean-Christophe COUTANT Sciences anatomiques et physiologiques 58-03  
M. François DARQUE Orthopédie dento-faciale 56-02  
M. François DE BRONDEAU Orthopédie dento-faciale 56-02  
M. Yves DELBOS Odontologie pédiatrique 56-01  
M. Raphael DEVILLARD Odontologie conservatrice- Endodontie 58-01  
M. Emmanuel D'INCAU Prothèse dentaire 58-02  
  
M. Dominique GILLET Odontologie conservatrice – Endodontie 58-01  
M. Jean-François LASSERRE Prothèse dentaire 58-02  
M. Yves LAUVERJAT Parodontologie 57-01  
Mme Odile LAVIOLE Prothèse dentaire 58-02  
M. Jean-Marie MARTEAU Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique 57-02  
Mme Javotte NANCY Odontologie pédiatrique 56-01  
M. Adrien NAVEAU Prothèse dentaire 58-02

Mme	Dominique	ORIEZ	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	PELI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Sciences biologiques	57-03
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M.	Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

### **ASSISTANTS**

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Melle	Camille	BOULÉ-MONTPEZAT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
M	Jean-Baptiste	CULOT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Clarisse	DE OLIVEIRA	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Guillaume	FENOUL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Alice	LE NIR	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Karine	LEVET	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Alexandre	MARILLAS	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Marie	MÉDIO	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
M.	Ali	NOUREDDINE	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Chloé	PELOURDE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Mathieu	PITZ	Parodontologie	57-01
Mme	Charlotte	RAGUENEAU	Prothèse dentaire	58-02
M.	Clément	RIVES	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-02
M.	François	VIGOUROUX	Parodontologie	57-01

### A notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Véronique DUPUIS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Prothèse Dentaire 58-02

*Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury,  
Merci pour votre bienveillance, votre accueil et votre écoute au cours de ces années  
cliniques.*

### A notre Directrice de thèse

Madame le Docteur Cécile BADET

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Sciences Biologiques 57-03

*Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse,  
Un grand merci pour votre implication, votre écoute et votre réactivité dans l'élaboration  
de cette thèse, vos conseils m'ont été d'une grande aide,  
Vous avez rendu mes années cliniques à l'hôpital Saint-André agréables de par votre  
disponibilité ainsi que de votre gentillesse ; travailler à vos côtés fut un grand plaisir.*

### A notre Rapporteur de thèse

Monsieur le Docteur TERENCE BARSBY

Docteur en Chirurgie Dentaire, Praticien hospitalier

Ancien assistant hospitalo-universitaire

*Je vous remercie pour l'évaluation de ce travail, de votre enseignement et de votre patience lors de mes travaux pratiques.*

### A notre Assesseur

Madame le Docteur JAVOTTE NANCY

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Odontologie pédiatrique 56-01

*Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse,*

*Merci pour votre enseignement et votre encadrement à l'hôpital Saint-André qui m'a permis d'avoir une meilleure approche de nos plus jeunes patients ainsi que ceux en situation d'handicap,*

*Votre dynamisme et votre détermination lors de mes vacations hospitalières fut pour moi un exemple.*

**A ma mère,**

*Tu es mon exemple de courage, je te remercie maman pour ton soutien et ton écoute malgré la distance. En témoignage de mon amour et de ma reconnaissance je te dédie cette thèse.*

**A ma sœur,**

*Tu es mon rayon de soleil, merci pour ta patience et ta compréhension malgré ton jeune âge durant cette aventure. Je te souhaite de trouver une voie dans laquelle tu pourras continuer de t'épanouir.*

**A ma famille,**

*Merci pour votre bienveillance et vos encouragements, j'espère continuer à vous rendre fiers.*

**A la mémoire de mon père et de ma grand-mère,**

**A mes amies et futurs consœurs,**

*Je vous remercie pour votre aide et nos réflexions longuement menées, je n'aurais pas autant apprécié ces années sans vous.*

**A mes amis de Guadeloupe et d'ailleurs,**

*Merci pour ces fous rires et ces moments inoubliables, j'espère en partager tant d'autres avec vous.*

**A Marielle Chauveau et Jennifer Caumont,**

*Merci pour votre aide et votre réactivité qui ont beaucoup contribué à l'élaboration de cette thèse.*

**Aux enseignants, étudiants et personnels de l'unité d'Odontologie Saint-André,**

**A mes amis et collègues de cette promotion dentaire**

**Aux praticiens rencontrés lors de mes différents stages**

Merci de m'avoir accueillie dans vos cabinets et d'avoir partagé votre expérience et vos conseils que je n'oublie pas.

I. INTRODUCTION .....	9
II. PRÉCARITÉ ET SOINS DENTAIRES .....	10
1. Définitions .....	10
1.1. Précarité .....	10
1.2. Pauvreté.....	10
1.3. Exclusion sociale .....	10
2. Indicateurs de pauvreté.....	11
2.1. Selon l'INSEE.....	11
2.2. Selon l'ONPES .....	13
2.3. Score EPICES .....	13
3. Rupture sociale et soins dentaires.....	15
3.1. Dispositifs de protection maladie.....	15
3.1.1. PUMA .....	15
3.1.2. CMU-C.....	15
3.1.3. ACS.....	15
3.1.4. AME .....	15
3.2. Le recours aux soins.....	16
3.2.1. Déterminants sociaux .....	16
3.2.2. Facteurs de renoncement aux soins dentaires .....	17
3.2.3. Interaction entre précarité et soins dentaires .....	18
3.3. La population migratoire et les soins dentaires.....	19
3.3.1. Définitions.....	19
3.3.2. Contexte politico-social .....	19
3.3.3. Recours aux soins des populations migratoires .....	21
III. LA PASS .....	23
1. Définitions générales .....	23



1.1.Cadre juridique.....	23
1.2.Missions.....	23
1.2.1. Au niveau des patients.....	23
1.2.2. Au niveau des professionnels de l'établissement .....	23
1.2.3. Au niveau des partenaires extérieurs .....	24
1.3. Les différentes PASS .....	24
1.4.Organisation géographique des PASS bucco-dentaires .....	25
2. La PASS Odontologie au centre d'Albret .....	26
2.1. Historique.....	26
2.2. Organisation actuelle.....	26
2.3. Financement.....	27
2.4.Acteurs.....	27
2.4.1.L'assistante sociale .....	27
2.4.2.L'infirmière.....	27
2.4.3.L'équipe odontologique .....	28
2.4.4.L'interprète.....	28
2.4.5.Les partenaires.....	29
2.4.6. Les Bénéficiaires .....	32
<b>IV.ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DES PATIENTS PASS VENUS EN 2015 ....</b>	<b>33</b>
1. Matériel et méthode.....	33
2. Résultats .....	34
2.1. Sexe et âge .....	34
2.2. Pays d'origine .....	34
2.3. Compréhension patient et praticien.....	37
2.4. Etat bucco-dentaire .....	37
2.4.1.Nombre de dents cariées.....	37

2.4.2. Port de prothèse .....	37
2.4.3. Nombre de dents absentes .....	38
2.4.4. Etat Parodontal .....	39
2.5. Motif de consultation .....	39
2.6. Plan de traitement.....	40
2.7. Avancement du plan de traitement.....	42
2.8. Nombre de rendez-vous .....	42
2.9. Couverture sociale.....	43
2.10. Contacts.....	44
V. DISCUSSION.....	45
VI. CONCLUSION.....	48
VII. BIBLIOGRAPHIE .....	49

## I. INTRODUCTION

Les crises économiques et les conflits qui secouent le monde sont à l'origine de flux migratoires qui creusent des inégalités sociales déjà existantes dans notre pays. En effet, il faut ajouter à cela, la montée du chômage et la précarisation de l'emploi qui favorisent l'émergence d'une population de plus en plus pauvre en France ; selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), en 2014, cette population atteint 8,8 millions contre 7,8 millions en 2008 (1). Selon une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) parue en 2015, les personnes en situation de précarité se déclarent en moins bonne santé que la population générale (2). De plus, cette situation de précarisation aboutit à un renoncement aux soins accru. Selon une étude parue en 2014 dans Economie et Statistique, la contrainte budgétaire influe sur le renoncement aux soins dentaires chez 50% des personnes interrogées (3).

Dès les années 1980, sous l'impulsion de Médecins du Monde et ATD Quart Monde, des consultations dans les hôpitaux pour les patients précaires voient le jour. En 1998, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions pose un cadre institutionnel et confirme les obligations de l'hôpital dans la lutte contre les inégalités sociales ; ainsi naissent les permanences d'accès aux soins de santé (4).

Il existe aujourd'hui environ 400 PASS en France dont environ 20 PASS bucco-dentaires. Chacune de ces structures doit répondre à un cahier des charges défini concernant le personnel alloué, la visibilité et l'espace réservé au sein de l'hôpital ou encore le financement. Cependant les PASS ont des méthodes de fonctionnement hétérogènes notamment concernant le repérage des patients en situation de précarité, le mode d'admission et le recours à des services d'interprétariat professionnel (5). Le but de cette étude est de caractériser la population ayant eu recours à la PASS Odontologie du CHU de Bordeaux durant l'année 2015. Dans un premier temps nous analyserons le lien entre précarité et soins dentaires puis nous nous intéresserons au fonctionnement de la PASS bucco-dentaire de Bordeaux et des modalités d'intégration de ce système au sein de cette structure.

Enfin, nous développerons notre étude concentrée sur la population majeure reçue en 2015. Pour cela nous nous baserons sur des critères de nationalité, sexe, âge ainsi que l'état bucco-dentaire. Nous analyserons également des aspects du non recours au soin tels que l'acquisition d'une complémentaire santé, la durée du plan de traitement et la barrière linguistique.

## II. PRÉCARITÉ ET SOINS DENTAIRES

### 1. Définitions

#### 1.1.1. Précarité

La définition de la précarité habituellement retenue est celle de Wresinski dans le rapport au Conseil Économique et Social de 1987 « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leur droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins définitives. Elle conduit à la grande précarité, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence» (6).

La précarité est de prime abord liée à un manque de revenu mais également à une carence affective et sociale pouvant conduire à l'isolement qui, quand elle perdure est à l'origine de la pauvreté. Il est nécessaire de différencier les notions de précarité et de pauvreté qui sont toutefois liées.

#### 1.1.2. Pauvreté

La définition de la pauvreté adoptée est celle établie par le Conseil Européen en 1984 selon laquelle sont considérées comme pauvres, « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État membre où elles vivent» (7). La pauvreté est difficile à définir, c'est une notion relative que l'on reporte à une norme standard variable en fonction des sociétés. Elle englobe des indicateurs de type monétaires (salaire, revenus) et des indicateurs de conditions de vie (logement, emploi, santé...) (8)

#### 1.1.3. Exclusion sociale

Selon l'ONPES (Observatoire National pour l'Exclusion Sociale), l'exclusion est considérée comme un «ensemble de mécanismes de rupture tant sur le plan symbolique que sur le plan des relations sociales. Elle est caractérisée par trois grandes dimensions. La première est celle de la sphère économique, incluant les formes de précarité vis-à-vis de l'emploi et de l'insuffisance des ressources ; la seconde est la non reconnaissance ou non usage des droits sociaux, civils et politiques et la troisième est celle des relations sociales» (8).

L'individu malgré son état de pauvreté ne bénéficie pas d'aides soit parce qu'il n'en a pas le droit, soit il n'a pas connaissance de ces droits ou soit il n'a pas l'énergie nécessaire pour faire les démarches.

## 2. Indicateurs de pauvreté

### 2.1.1. Selon l'INSEE

Selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), un individu est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage où le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté fixé. La France comme les autres états membres de l'Union européenne utilise le seuil fixé à 60% du niveau de vie médian (9).

La pauvreté ne se définit pas que par la pauvreté monétaire qui peut résulter d'une situation économique difficile mais transitoire. C'est pourquoi, l'INSEE se base également sur l'indicateur en conditions de vie et l'indicateur de pauvreté administrative.

La pauvreté d'existence mesurée avec l'indicateur de conditions de vie prend en compte 27 dimensions de la vie quotidienne, regroupées en 4 sphères de pauvreté: les contraintes budgétaires, les restrictions de consommation, les retards de paiement à plusieurs reprises au cours des 12 derniers mois, et les difficultés de logement. On considère comme taux de pauvreté en conditions de vie, la proportion de ménages subissant au moins 8 carences ou difficultés parmi les 27 (10).

L'indicateur de pauvreté administrative s'applique exclusivement aux minima sociaux et identifie comme pauvre les personnes qui perçoivent ces aides en prenant en compte la situation précaire de ces personnes vis-à-vis de l'emploi.



Figure 1 : Les 27 indicateurs de conditions de vie de l'INSEE

### 2.1.2. Selon l'ONPES

L'ONPES a pour mission de réaliser des travaux d'études et de recherches afin de rassembler des données relatives aux situations de pauvreté et d'exclusion sociale. Les limites de l'approche monétaire des indicateurs de l'INSEE et l'évolution de la précarité ont conduit l'ONPES à proposer des indicateurs de pauvreté permettant une approche globale de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Parmi ces onze indicateurs figurent quatre indicateurs liés à la pauvreté en elle-même (trois relatifs à la pauvreté monétaire et un relatif à la pauvreté en conditions de vie) ; deux indicateurs portant sur les minima sociaux ; un correspondant aux inégalités de revenus et quatre relatifs à l'exclusion sociale. Les quatre indicateurs retenus en ce sens sont :

- pour le droit à la santé : le taux de renoncement aux soins pour raisons financières
- pour le droit à l'éducation : le taux de sortants à faible niveau d'études
- pour le droit à l'emploi : le taux de demandeurs d'emploi non indemnisés par le régime d'assurance chômage et le régime de solidarité
- pour le droit au logement : le nombre de demandes de logement social non satisfaites après un an (11).

### 2.1.3. Score EPICES

L'indicateur permettant l'Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examen de Santé a été réalisé en 1998. Ce questionnaire utilisé dans les centres d'examen de santé comprend 11 questions qui résument le caractère multidimensionnel de la précarité d'un sujet. Chaque réponse correspond à un coefficient et la somme des 11 réponses donne le score EPICES. Le score varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité), le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité (12).

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Il y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières pour faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autre que vos parents et enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, il y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	Constante	75,14	

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse est oui.

*Figure 2 : tableau score EPICES*

Ces indicateurs servent de base dans les critères appliqués par l'équipe socio-médicale dans le repérage de la population précaire au sein des structures hospitalières et sociales.



### 3. Rupture sociale et soins dentaires

#### 3.1. Dispositifs de protection maladie

##### 3.1.1. PUMA :

Depuis le 1er janvier 2016, la Protection Universelle MALadie est entrée en vigueur et la CMU de base a été supprimée. Elle permet aux personnes exerçant une activité professionnelle en France et résidant en France de façon régulière d'avoir une prise en charge partielle de leurs frais de santé en remboursant la part obligatoire.

Pour en bénéficier, il faut remplir deux conditions :

- Résider en France de manière régulière ; pour cela il faut avoir la nationalité française ou avoir un titre de séjour ou avoir entamé les démarches pour avoir un titre de séjour ;
- Résider en France de manière stable ; pour cela il faut vivre en France ou dans un département d'Outre-mer de façon ininterrompue pendant 3 mois.

Il existe des exceptions à la condition de stabilité de résidence pour les demandeurs d'asile et les réfugiés.

##### 3.1.2. CMU-C :

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire prend en charge la part complémentaire des dépenses de santé en dispensant l'avance des frais. De plus, il existe un panier de soins ne permettant pas de dépassement d'honoraires.

Pour en bénéficier il faut, comme pour la PUMA résider en France de manière régulière et stable mais avoir des conditions de ressources inférieures à un plafond qui varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer

##### 3.1.3. ACS

L'Aide pour une Complémentaire Santé est réservée aux personnes dont le plafond est légèrement supérieur à celui requis pour bénéficier de la CMU-C, elle attribue une aide financière pour aider à souscrire à un contrat de complémentaire santé. Par ailleurs, elle dispense aux patients l'avance de frais lors des consultations.

##### 3.1.4. AME

L'Aide Médicale de l'Etat prend en charge les consultations pour les étrangers en situation irrégulière et ne prend donc pas en charge les dépassements d'honoraires.

Pour en bénéficier, il faut, résider en France de façon irrégulière c'est à dire sans titre de séjour ou document attestant qu'une demande est en cours, résider en France de manière stable depuis une durée ininterrompue de 3 mois minimum ; et avoir des ressources inférieures à un certain plafond variant selon le lieu de résidence et de la composition du foyer.

Toutes ces aides sont accordées pour une durée d'un an et sont renouvelable et basées sur les revenus des 12 mois précédant la demande (13).

### 3.2. Le recours aux soins

Le recours aux soins peut se définir par la fréquentation d'un médecin ou d'un spécialiste. Par opposition, le non recours correspond à la non fréquentation d'un médecin que la personne en ressent le besoin ou non. Le renoncement aux soins correspond au non recours aux soins alors que son état de santé le nécessiterait. Ce besoin de soins peut avoir été diagnostiqué par un professionnel de santé ou avoir été identifié par la personne elle-même (3).

#### 3.2.1. Déterminants sociaux

Les déterminants sociaux du recours aux soins correspondent à des caractéristiques comportementales ou à leurs représentations de la santé et de la maladie, à l'attention que ces individus portent à leur santé et à la hiérarchisation des besoins de santé par rapport aux autres besoins fondamentaux.

Ces déterminants renvoient à :

- certaines caractéristiques psycho-sociales (l'estime de soi, l'estimation de sa propre efficacité, les capacités d'adaptation),
- la perception de santé due aux expériences antérieures et familiales de la maladie, et du recours aux soins,
- le faible niveau d'insertion sociale et l'importance du réseau social dans la survenue de comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, troubles du comportement alimentaire),
- la catégorie socio-professionnelle qui influence l'attention portée aux symptômes.

Ces déterminants sont à corrélés avec le circuit d'accès aux soins et l'offre liée à la consommation médicale (14) (15).

### 3.2.2. Facteurs de renoncement aux soins dentaires

Les hommes sont plus nombreux à renoncer aux soins médicaux. Cependant, le taux de renoncement aux soins dentaires observés chez les hommes et les femmes ne sont pas significativement différents. L'âge influence le recours aux soins, en effet, le taux de renoncement aux soins dentaires diminue jusqu'à 70 ans (3).

La contrainte budgétaire est le premier facteur de renoncement aux soins dentaires. Selon une étude parue en 2014 menée par l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé), 18% des personnes interrogées disent renoncer à des soins dentaires pour raisons financières (16) (3). De plus, les patients vivant sous le seuil de pauvreté observent un taux de renoncement plus élevé, soit 11,3% contre 5,9% chez les non pauvres. Cependant, les patients de catégorie socio-professionnelle plus élevée ont moins recours aux soins dentaires. On peut penser qu'ils ont meilleure santé bucco-dentaire liée à des contrôles réguliers.

De plus, malgré une amélioration concernant la gestion de la douleur, certains patients ont une image négative de notre profession et la peur du dentiste reste encore aujourd'hui un facteur de renoncement aux soins important.

Par ailleurs, les patients évoquent le fait qu'ils ne connaissent pas de bons dentistes comme raison au renoncement aux soins, cependant cela reste un facteur minoritaire (3).

La représentation que se font les patients de leur santé bucco-dentaire influe également sur le renoncement aux soins. En effet, une personne très exigeante a une plus forte propension à renoncer aux soins si elle ne peut satisfaire cette demande.

Le délai d'attente et le manque de temps découragent certains patients qui préfèrent attendre une hypothétique amélioration de leur état bucco-dentaire.

L'éloignement géographique et les difficultés de transport participent au renoncement aux soins bucco-dentaires mais restent des facteurs peu significatifs (3).

L'absence de complémentaire santé qu'elle soit privée ou qu'il s'agisse de la CMU-C augmente le taux de renoncement aux soins dentaires. On ne note pas un recours plus élevé chez les patients bénéficiaires de la CMU-C comparativement à ceux titulaires d'une complémentaire classique.

Le non-respect des droits par des professionnels de santé objectivé notamment à l'égard des patients CMU-C participe au renoncement aux soins de ces bénéficiaires.

Cela peut se manifester par un refus de soin ou le non-respect des règles établies (refus du tiers payant, dépassement illégitime...) (17).

L'état de santé buccodentaire perçu est à corrélé au taux de renoncement qui est plus élevé chez les personnes estimant avoir un mauvais état bucco-dentaire.

### 3.2.3. Interaction entre précarité et soins dentaires

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé est un « état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (18). Une étude réalisée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) en 2015 sur la santé précaire des sans domicile a prouvé que les personnes vivant une situation de précarité présentent un état de santé aggravé et que l'état bucco-dentaire constitue un marqueur d'une santé dégradée(2).

La précarité est un facteur d'aggravation des problèmes de santé et dentaires par la malnutrition (alimentation trop grasse et trop sucrée à l'origine de pathologies carieuses) et par une moins bonne hygiène bucco-dentaire.

Chez ces personnes en situation d'urgence sociale, les soins dentaires ne sont pas une priorité et la consultation intervient le plus souvent dans le cadre de douleurs dentaires.

La précarité, quand elle se prolonge, fragilise l'équilibre psychique et entraîne une perte de confiance en soi. Ce sentiment d'inutilité et d'anxiété permanent entraîne une dégradation de l'image de soi et de l'attention portée à notre santé.

Certaines pathologies psychiatriques et les addictions peuvent marginaliser les individus, aboutir à une précarisation et provoquer des pathologies bucco-dentaires par la prise de substances illégales ou médicamenteuses. De même, des handicaps moteurs sont source d'inaptitude au travail et entraînent une perte d'emploi qui est un facteur de précarisation important.

Par conséquent il existe une relation de cause à effet entre la précarité et la santé bucco-dentaire même s'il n'existe pas à proprement parler de maladies bucco-dentaires liées à la précarité.

### 3.3. La population migratoire et les soins dentaires

#### 3.3.1. Définitions

##### Étrangers :

Selon l'INSEE, un étranger est défini en fonction du seul critère de nationalité. Un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité Française, soit parce qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France notamment pour les mineurs. A la différence de celle d'immigré, le statut d'étranger ne perdure pas tout au long de la vie ; il est possible, sous réserve que la législation en vigueur le permette, de devenir français par acquisition.

##### Immigrés :

Selon l'INSEE, un immigré est défini en fonction du double critère de nationalité et du lieu de naissance. Il s'agit d'une personne née étrangère et résidant en France. La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance et non pas la nationalité à la naissance qui définit l'origine géographique d'un immigré.

##### Étrangers en « situation irrégulière » :

Ce statut correspond aux immigrés qui ne sont pas régularisés. S'ils restent sur le sol français ils sont alors considérés comme clandestins ou sans papiers.

##### Réfugiés :

Selon la convention de Genève du 28 juillet 1951, le statut de réfugié s'applique « à toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou ne veut, du fait de cette crainte se réclamer de la protection de ce pays » (19).

#### 3.3.2. Contexte politico-social

Historiquement, la relative prospérité économique et la stabilité politique de l'Union Européenne en font une terre d'accueil attractive pour les immigrants. Cependant, cette économie est depuis quelques années fragilisée, creusant de plus en plus les inégalités sociales et une augmentation du flux migratoire en intra-muros de l'Europe dans des conditions inhumaines.

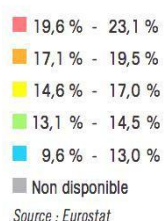
D'après une étude d'EUROSTAT, en 2013, la France est le troisième pays européen à avoir accueilli le plus d'immigrants et l'Espagne enregistre le plus fort taux d'émigration et fait

partie des pays ayant un seuil de pauvreté élevé avec la Roumanie, la Bulgarie et la Grèce (20).

La France, une des puissances économiques (avec un PIB compris entre 17,1% et 19,5%) et décisionnelles de l'Europe est une terre d'accueil privilégiée notamment de par son système de protection sociale. On comptait en 2014, 1,6 millions de nouveaux arrivants immigrés en France; 50000 en sont repartis et 400000 y sont décédés. La part de la population immigrée correspondait à 8,9% en 2014 contre 8,1% en 2006. La répartition des étrangers par nationalité en 2006 était de 40,2% pour les populations originaires d'Afrique, et de 39,6% pour celles issues de l'Europe, majoritairement d'origine portugaise. (21)

Toutefois, la France subit également une crise économique d'où l'émergence d'une population précaire issue de foyers très modestes. Ainsi, elle doit faire face aux inégalités sociales au sein de sa population et aux flux migratoires européens et internationaux issus de pays en guerre.

### Taux de pauvreté dans les pays européens en 2012



*Taux de pauvreté dans les pays européens en 2012, d'après EUROSTAT*

#### 3.3.3. Recours aux soins des populations migratoires

L'accès aux soins dentaires des populations migratoires est freiné par des paramètres également retrouvés dans la population générale tels que le sexe, l'âge, l'état de santé perçu et la catégorie socio-professionnelle, mais également des facteurs spécifiques aux populations migrantes souffrant d'urgence sociale.

Les migrants de dernière génération, installés depuis moins longtemps en France consultent moins souvent un dentiste que les nouveaux arrivants. Par ailleurs, les raisons de cette précarisation ne sont pas les mêmes que celles des Français. En effet, elle résulte davantage de difficultés d'intégration au sein du territoire français pour les nouveaux immigrés généralement en bon état de santé générale et bucco-dentaire contrairement aux étrangers de première génération installés en France depuis plus longtemps qui se trouvent dans une situation de grande précarisation qui perdure (22).

Le renoncement aux soins chez la population migrante peut s'expliquer par la situation sociale irrégulière de ces populations. En effet, étant sans titre de séjour pour la plupart d'entre eux, ils ne peuvent pas avoir d'emploi et doivent pour se faire soigner, bénéficier de dispositifs mis en place par l'état. En outre, l'accès à l'AME nécessite une résidence d'une durée minimale de 3 mois en France ; ainsi il est parfois nécessaire pour ces populations de patienter avant de pouvoir bénéficier de cette aide. Ces procédures longues et complexes freinent l'accès aux soins dentaires et s'opposent à l'urgence liée à la situation instable de ces migrants.

La barrière linguistique entrave la compréhension et l'instauration d'une relation de confiance entre le patient et le dentiste et ne lui permet pas d'avoir une prise en charge optimale de ce dernier tant sur la thérapeutique à adopter que sur le fait de rassurer ses angoisses. Selon une étude de la DSED (Département des Statistiques, des Etudes et de la Documentation) parue en 2015, ce renoncement aux soins bucco-dentaire atteint les 17% pour les populations d'Asie du Sud Est ce qui peut s'expliquer par une faible maîtrise du français (23).



### III. LA PASS

#### 1. Définitions générales

##### 1.1. Cadre juridique

Les permanences d'accès aux soins de santé sont des cellules médico-sociales qui ont été créées dans le cadre de la loi relative à la lutte contre l'exclusion de juillet 1998. Cette loi prend en compte la précarité et donne une nouvelle mission aux hôpitaux, celle de lutter contre l'exclusion sociale (19).

Selon l'article L6112-6 du code de santé publique, « les établissements publics de santé et les établissements privés assurant une ou plusieurs des missions de service public...mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé... adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'état des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes. » (2).

##### 1.2. Missions

###### 1.2.1. Au niveau des patients

La PASS assure une mission d'accueil et d'entretiens sociaux afin d'identifier les situations de précarité. Elle favorise les démarches d'accès aux droits et aux soins au sein de l'établissement de santé ou à l'extérieur ; en effet, le but est de permettre un retour vers le droit commun tant du point de vue social que médical et non pas de créer une filière spécifique aux démunis. Elle permet une démarche diagnostique et thérapeutique suivie, adaptée au contexte social et médical du patient. Elle met également en place des stratégies d'information et de prévention spécifiques.

###### 1.2.2. Au niveau des professionnels de l'établissement

La PASS sensibilise les praticiens aux problématiques liées à la précarisation et ses conséquences sur la prise en charge médicale de ces patients (addictologie, pathologies spécifiques...) et sociale (absence de couverture sociale, barrière linguistique..) et définit, de ce fait, des protocoles relatifs aux différentes problématiques rencontrées, avec l'ensemble du personnel, afin d'améliorer la réactivité et de garantir la collaboration de tous.

### 1.2.3. Au niveau des partenaires extérieurs

La PASS doit être un partenaire actif du réseau et formalise le plus possible, par courriers ou conventions, la teneur de ses échanges avec tous les partenaires : caisses d'assurance maladie, services du conseil général, CCAS, services municipaux de santé, centres d'hébergement et de réinsertion sociale, associations humanitaires, structures médico-sociales, autres établissements de santé, praticiens libéraux.

Afin de permettre un fonctionnement optimal, la PASS s'évalue par le biais d'un comité de pilotage qui se réunit au moins une fois par an. Il rassemble les acteurs intervenant dans la prise en charge des patients en situation de précarité, des secteurs institutionnels et associatifs. Ce comité contribue à la dynamique de la PASS et au renforcement des partenariats intra et extra muros, en inscrivant la PASS dans le réseau médico-social local. Pour rendre compte des trois dimensions de son activité, un certain nombre d'indicateurs doivent être recueillis. La PASS doit recueillir annuellement les informations sur le nombre de patients vus au moins une fois chaque année, le nombre d'entretiens sociaux et le nombre de consultations médicales réalisées dans et grâce à la PASS (25) (26).

### 1.3. Les différentes PASS

La majorité des PASS sont à vocation généraliste avec un service de consultation médicale. Cependant, des PASS spécialisées ont été créées pour les pathologies dont l'accès aux soins est rendu difficile pour les patients en situation de précarité ; c'est le cas de la PASS bucco-dentaire et de la PASS psychiatrique.

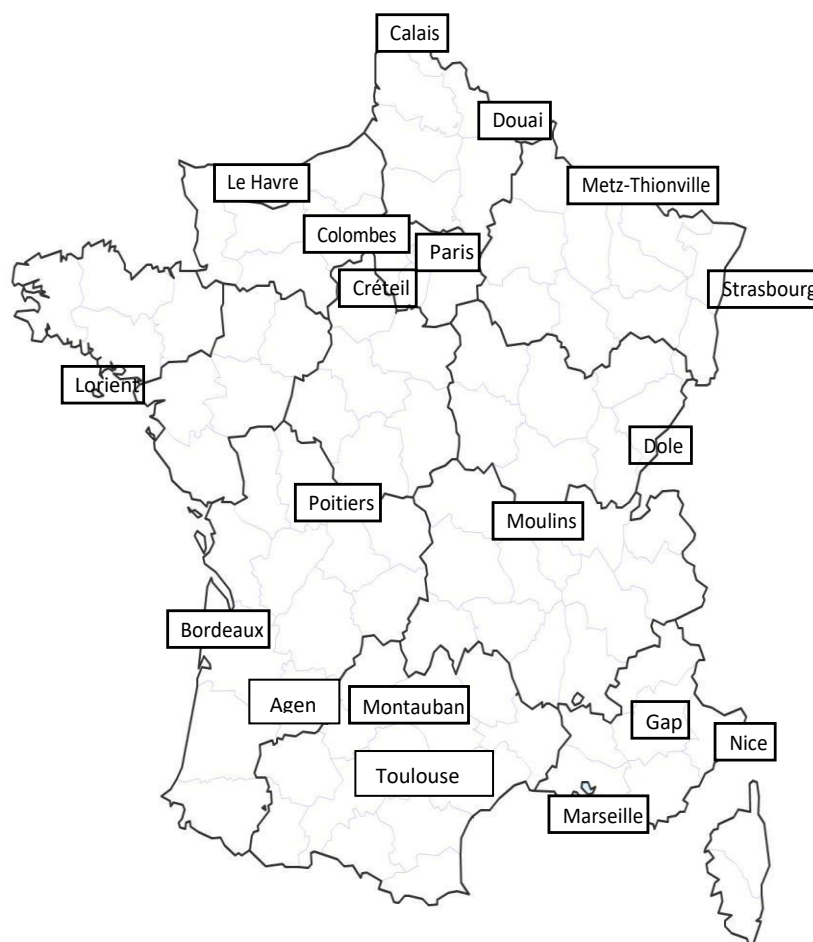
La PASS peut être centralisée et s'effectuer dans un lieu dédié avec une équipe médico-sociale et soignante consultant avec ou sans rendez-vous. Elle peut être transversale avec une activité peu localisée, les consultations médicales pouvant s'effectuer dans tous les services de l'hôpital en lien avec l'assistante sociale.

Il existe des PASS mobiles situées en dehors de l'enceinte des établissements de santé afin d'atteindre un public en situation de grande exclusion et qui ne se projette pas d'emblée dans un parcours de soin. Pour cela, la PASS se déplace sur des lieux de vie ou dans des associations partenaires où vit cette population (squat, foyer de migrant...) afin d'y mener des actions de prévention.

Des PASS à vocation régionale ont été développées afin de renforcer la fonction de coordination, d'appui et d'expertise auprès des acteurs de la PASS et des Agences Régionales de Santé. (25) (26)

#### 1.4. Organisation géographique des PASS bucco-dentaires

Il existe plus de 400 PASS pour la plupart situées dans des établissements publics de santé et 20 PASS bucco-dentaires situées à : Agen, Bordeaux, Calais, Colombes, Créteil, Dole, Douai, Gap, Le Havre, Lorient, Metz, Marseille, Montauban, Moulins, Nice, Paris, Poitiers, Saint Denis, Strasbourg et Toulouse. (27)



*Figure 3: carte des PASS bucco-dentaires*

## 2. La PASS Odontologie au centre d'Albret

### 2.1. Historique

La PASS Odontologie de l'hôpital Saint-André a débuté en avril 2010 avec peu de moyens matériels et avec une assistante sociale à temps partiel. Une articulation avec la PASS généraliste a été faite pour avoir une prise en charge globale des patients. Un travail d'information a été réalisé en concertation avec l'équipe odontologique pour faire face aux problématiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarisation.

En 2011, une infirmière à temps partiel a été affectée pour renforcer l'équipe PASS pendant 6 mois puis le poste est resté vacant. Depuis janvier 2014, ce poste a de nouveau été pourvu.

### 2.2. Organisation actuelle

La PASS odontologique du CHU de Bordeaux est basée sur le site de Saint-André et bénéficie d'un bureau au 3ème étage. Elle est dotée : d'un temps assistante sociale, d'un temps infirmier, d'un Praticien Hospitalier référent pour la PASS au sein du Pôle Odontologie de Bordeaux et de temps de praticien assuré par les étudiants en Odontologie supervisés par les enseignants.

Un projet concernant un poste de Praticien Hospitalier affecté à un cabinet et ayant 4 vacations par semaine réservé aux patients issus du système PASS est en cours.

Le fonctionnement de la PASS généraliste et dentaire à Saint-André est rendu possible par la mise en place de réunions hebdomadaires avec les deux infirmières affectées l'une à la PASS généraliste et l'autre à la PASS dentaire, l'assistante sociale et des représentants de la PASS généraliste (médecin, psychologue, agent d'accueil, cadre de santé). Ces réunions ont pour objectif de mettre en place des thématiques afin de sensibiliser le public (diabète, précarité et hygiène bucco-dentaire, conséquences du choc post traumatique sur le sommeil...) et d'organiser l'accueil du public. Par exemple, lorsque la consultation sociale suivait la consultation médicale, les patients ne s'y rendaient pas, c'est pourquoi, dorénavant, la consultation sociale se fait en premier, suivie par la prise en charge multidisciplinaire des patients (lors de la consultation médicale il est systématiquement demandé aux patients s'il souffre de douleurs dentaire).

Des réunions hebdomadaires spécifiques à la PASS dentaire ont été récemment mises en place, avec l'infirmière PASS, l'assistante sociale et le praticien hospitalier référent. Lors de ces réunions, les informations recueillies avec la PASS généraliste y sont relayées.

Toutefois, leur objectif principal est d'assurer le suivi des patients de la semaine et de résoudre les problèmes rencontrés par les soignants ou par les patients.

### 2.3. Financement

La PASS est financée dans le cadre d'une Mission d'Intérêt Générale accordée par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) sur demande de l'établissement de santé. Le budget alloué varie en fonction de l'activité de la PASS. Le financement de 60000 euros perçu en 2015 par la PASS bucco-dentaire intègre les frais de personnel (salaire de l'infirmière et de l'assistante sociale, du praticien hospitalier) ainsi que tous les frais liés à l'activité de la PASS : dépenses pharmaceutiques, frais médicaux, matériel informatique, frais d'interprétariat ; cependant il n'inclut pas les dépenses liés aux prothèses pour les patients en attente d'ouverture des droits (25).

### 2.4. Acteurs

#### 241. L'assistante sociale

L'assistante sociale évalue la situation du patient dans sa globalité en prenant en compte une possible évolution de la situation. Elle aide le patient à créer un dossier lui permettant l'accès aux droits sociaux. En outre, elle fait le lien avec les partenaires extérieurs, particulièrement dans les situations d'urgence sociale ainsi qu'en interne avec l'équipe pluridisciplinaire du centre d'Albret. Elle instaure une relation de confiance et de remise dans le circuit de soin classique

#### 242. L'infirmière

Les missions de l'infirmière sont de repérer les obstacles à l'accès aux soins au vu de la situation sociale et les besoins en soins bucco-dentaires par des entretiens avant la consultation. Il s'agit d'identifier les problèmes bucco-dentaires, d'évaluer la douleur, les antécédents ainsi que l'autonomie du patient dans sa prise en charge. Elle accompagne le patient dans le parcours de soins et effectue un suivi avec une présence possible durant le soin pour rassurer le patient. Après la consultation, elle s'assure de la bonne compréhension des soins et de la prise en charge proposée et sensibilise le patient à l'importance du suivi du plan de traitement. L'infirmière peut également accompagner le patient au service de radiologie et de pharmacie. Elle mène des actions de prévention notamment avec l'apprentissage des techniques de brossage.

### 243. L'équipe odontologique

L'enseignant référent a pour rôle d'assurer le lien entre l'équipe soignante et médico-sociale et représente l'équipe odontologique lors de réunions pluridisciplinaires. Il optimise la prise en charge des patients PASS en trouvant des rendez-vous avec un délai d'attente raccourci pour les patients en situation d'urgence sociale et en faisant appel à des interprètes.

Il assure une coordination des soins avec une évaluation des situations d'urgence de soins et de la situation sociale du patient avec l'assistante sociale. Il sensibilise les étudiants et l'équipe aux problématiques liées à la prise en charge des patients PASS.

Ce sont les étudiants qui effectuent les consultations, et il est nécessaire qu'ils soient d'autant plus efficaces lors de l'exécution des soins avec ces patients en situation de précarisation qui ont un taux de renoncement aux soins plus élevés. Afin d'établir une relation de confiance nécessaire au suivi des soins, les étudiants doivent prendre le temps d'écouter le patient, détecter ses appréhensions et être attentif au langage non verbal particulièrement pour les patients non francophones. Le risque de perdre de vue ces patients est accru, c'est pourquoi l'étudiant doit accompagner son patient lors de la prise de rendez-vous et que ce dernier ait compris l'importance de la continuité des soins.

### 244. L'interprète

Une demande d'interprète peut être faite par l'infirmière, l'assistante sociale ou l'étudiant avec accord d'un enseignant et soumise à la direction de l'hôpital qui valide ou non cette demande. La consultation avec l'interprète coûte 30 euros la demi-heure et est prise en charge par l'hôpital avec l'aide allouée au système PASS. Il est impératif de s'assurer que le patient vienne au rendez-vous fixé et de commencer la consultation sans retard car le temps écoulé est décompté du temps attribué.

La PASS de Bordeaux est l'une des rares PASS dentaire à bénéficier d'interprète. Il joue un rôle important pour la compréhension et donc le suivi des soins par le patient mais également afin que l'équipe hospitalière ait les informations concernant l'état de santé du patient que cette consultation soit réalisée au début du plan de traitement.

Afin d'avoir une discussion neutre et une confidentialité professionnelle, il est nécessaire que l'interprétation soit assurée par un professionnel.

Les interprètes sollicités font partie de l'association MANA spécialisée dans l'interprétariat médical et social et œuvrant notamment pour les soins et la prévention auprès des populations migrantes (5).

#### 245. Les partenaires

Les partenaires extérieurs adressent à la PASS de Saint-André des patients en situation de précarité suivis au sein de leur structure et nécessitant une prise en charge bucco-dentaire.

Parmi ces principaux partenaires, on distingue ceux qui ont pour mission l'accompagnement psycho-social et l'aide au retour au droit commun tel que :

##### ➤ Médecins du Monde :

Cet organisme présent sur Bordeaux depuis 1986 y compte deux principales missions :

- Le CASO (Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation) : qui a pour mission, l'accueil, le soin, l'accès aux droits de santé et l'orientation des personnes en situation de précarité sans couverture sociale, en rupture de droits ou en difficulté pour avancer des frais de santé. Le public peut être reçu pour des consultations médicales (médecins, infirmiers, dentistes, sages-femmes, ophtalmologistes) et psycho-sociales. Le CASO aide ces personnes à la constitution de dossiers AME pour les migrants n'ayant pas accès aux droits communs et les oriente vers le droit commun après l'obtention d'une couverture sociale.

- La Mission squats : il s'agit d'une mission mobile qui se déploie auprès des populations habitant dans un endroit précaire. Les actions visent à améliorer l'orientation vers les dispositifs de droit commun et à mener des actions de prévention et de promotion de la santé adaptées envers ces personnes (28).

##### ➤ PADA :

La PADA est un dispositif de premier accueil composé d'un réseau de plateformes qui assure l'information, l'orientation vers des hébergements d'urgence et l'accompagnement administratif (aide à la constitution de dossiers auprès de l'Office Français de Protection des Réfugiés Apatrides) et social des demandeurs d'asile dès leur arrivée en France.

##### ➤ MOUS

La Maîtrise d'Œuvre Urbaine et Sociale a été mise en place par les services de l'Etat et la Communauté Urbaine de Bordeaux depuis janvier 2010. Elle concerne les ressortissants Bulgares et Roumains occupant des squats sur l'agglomération bordelaise. La MOUS joue un rôle d'accompagnement professionnel (recherche d'emploi, formation, inscription à Pôle

Emploi...), social comprenant notamment la scolarisation des enfants, l'ouverture des droits aux soins et l'orientation vers des associations partenaires (29).

➤ Diaconat :

C'est une association vieille de 200 ans qui assure, dans le cadre de conventions passées avec l'Etat ou les collectivités territoriales, des missions dans l'accompagnement social, des hébergements d'urgence tel que le CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale). Le Diaconat s'adresse à toute personne en situation d'exclusion et d'urgence sociale. (30)

➤ PMI :

La Protection Maternelle Infantile est sous la direction de la promotion de la santé du Conseil Général de la Gironde. Elle a pour rôle notamment d'assurer un suivi de santé global de l'enfant, de participer au repérage des maltraitances infantiles. Les enfants suivis par la PMI nécessitant de soins peuvent être adressés à la PASS accompagnés de leurs parents ; ces derniers peuvent par ailleurs intégrer la PASS si le professionnel détecte une situation sociale précaire et une demande de soin chez le parent lors de l'entretien.

➤ CAIO :

A l'origine de la création du Centre d'Accueil d'Information et d'Orientation en 1989, nous trouvons l'initiative d'un collectif d'associations et la volonté du Directeur de la D.D.A.S.S. (Direction Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales) de la Gironde, réunis autour d'une réflexion sur les problèmes de l'errance. Le CAIO a pour but de favoriser les actions en faveur des errants, de leur permettre d'avoir plus de repères en ne s'adressant qu'à un seul service, et de promouvoir une recherche sur les problèmes d'errance.

Il se décline en un pôle urgence pour l'accueil et l'orientation, un pôle insertion pour l'accompagnement des ménages dans l'accès à l'emploi et au logement et le pôle hébergement qui assure un suivi des ménages dans l'accès à un logement sur le long terme.

➤ Cimade :

La Cimade est une association qui a pour mission, l'accueil et l'accompagnement des migrants, réfugiés, demandeurs d'asile et des étrangers. Elle apporte son soutien à des associations partenaires dans les pays du Sud et informe et sensibilise l'opinion publique sur les réalités migratoires (31).



➤ Saint Vincent De Paul :

La société de Saint Vincent de Paul a été fondée en 1833. Ses objectifs sont d'entrer en relation avec les personnes en difficulté pour combattre l'isolement, d'accueillir les sans domicile et les guider vers une réinsertion sociale. La gestion des maisons d'accueil dont la Société de Saint Vincent de Paul est propriétaire est confiée à deux associations spécialisées le PRADO et l'AEIS (Association pour l'Education et l'Insertion Sociale) (32).

➤ CCAS :

Le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) est un établissement public administratif qui s'inscrit dans le projet social de Bordeaux dont les missions sont d'accueillir et orienter tous les Bordelais, de préserver de la précarité et de faciliter l'accès aux droits, de favoriser l'insertion sociale et professionnelle, d'animer un réseau de partenaires...

➤ ARI ASAIS :

Depuis 1982, ASAIS (Accueil Soutien Accompagnement et Insertion Sociale) est fortement impliquée dans l'accueil, le soutien et l'accompagnement des personnes en situation de précarité, d'isolement et de souffrance psychique. Pour cela, des lieux d'accueil et de vie associative ont été créés ainsi que des espaces d'ateliers et de création. Par ailleurs, une structure d'hébergement temporaire a été créée en 1995. En janvier 2012 ASAIS a fusionné avec ARI (Association de Réadaptation et d'Intégration) qui est également une association qui promeut le soutien et l'accompagnement social (33).

D'autres partenaires sont spécialisés dans l'hébergement d'urgence à plus ou moins long terme avec les différentes maisons relais du COS et les foyers avec notamment,

➤ CHRS

Le CHRS de Bordeaux est géré par le diaconat, il propose 17 places en hébergement mixte. Il propose en complément d'un hébergement, des services de domiciliation-boîte aux lettres, des services de restauration, blanchisserie, des activités culturelles et une aide psycho-sociale. Il participe également au « plan d'urgence hivernal » en augmentant sa capacité d'accueil durant cette période (29)

➤ Foyer ADOMA :

ADOMA est une société d'économie mixte créée en 1956 par les pouvoirs publics pour accueillir les travailleurs migrants algériens. Au fil des années, l'entreprise a élargi son public à l'ensemble des

personnes en situation de précarité quelque soit leur origine. Les résidents s'acquittent d'une redevance mensuelle avec possibilité d'APL, et d'un « reste à payer » qui fluctue en fonction de leur ressource et de leur situation familiales (34).

➤ Samu social :

Le Samu Social est composé de professionnels médico-sociaux et va au contact des sans abri afin de leur permettre d'intégrer le système de droit commun. Le SAMU Social dont la société gestionnaire est l'association du PRADO 33 a la particularité de bénéficier de 7 lits d'hébergement ouverts toute l'année (35).

#### 24.6. Bénéficiaires

L'orientation vers la PASS Odontologique nécessite un repérage des patients qui peut se faire tout au long du parcours de soins (des admissions jusqu'à la sortie) par tout professionnel hospitalier. Pour faciliter ce repérage, des critères simples et efficaces ont été sélectionnés par l'assistante sociale, l'infirmière et l'ARS en s'aidant d'indicateur existant tel que le score EPICES mais inadapté à la réalité du terrain (multitude de questions, score à calculer en fonction de coefficients...) (34) :

- l'absence de couverture sociale ou couverture sociale incomplète
- l'isolement social (absence de personnes ressources pour accompagner dans les démarches)
- des ressources insuffisantes (difficultés financières)
- l'habitation dans un logement précaire, ou absence de logement. Certaines personnes ont une adresse administrative ou élection de domicile (ex : CAIO, centre d'Albret), ce qui ne constitue en aucun cas une adresse où elles vivent. Les foyers d'urgence, constitue un accueil temporaire, qui n'est en aucun cas une élection de domicile pérenne
- la barrière linguistique

Pour intégrer la PASS dentaire, les patients doivent être dans une situation de demande de soin après une évaluation et un entretien avec l'assistante sociale ou l'infirmière qui décideront s'ils peuvent intégrer la PASS Il s'agit de patients venus spontanément en consultation externe et signalés par l'équipe d'odontologie (étudiants, enseignants, régie odontologie), de patients issus de services internes ou de patients envoyés par nos partenaires extérieurs (5).

## IV. ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DES PATIENTS PASS VENUS EN 2015

### 1. Matériel et méthode

L'objectif de l'étude était d'analyser la population ayant accédé au système PASS durant l'année 2015 par le biais de divers facteurs. Pour cela, la consultation de 214 dossiers patients reçus au service de la PASS d'Odontologie de Saint-André durant l'année civile de 2015 a été faite. Ces dossiers ont été sélectionnés après regroupement des files actives fournies par l'infirmière, l'assistante sociale et de la régie d'odontologie. Ils correspondent à des patients adultes (âgés de plus de 18 ans) reçus en ambulatoire ou en hospitalisation qui ont été adressés à la PASS bucco-dentaire.

Un tableau de données a été créé pour relever :

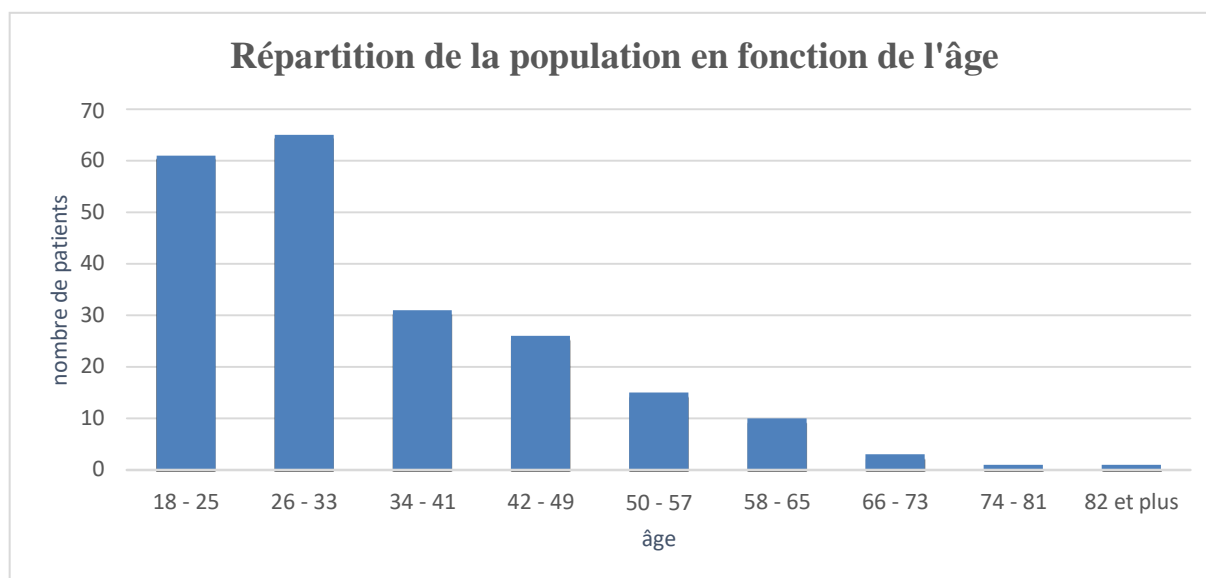
- L'âge, le sexe du patient ainsi que son pays d'origine
- L'état bucco-dentaire : nombre de dents cariées, absentes et couronnées, port ou non de prothèse amovible complète ou partielle et l'état parodontal
- Le motif de consultation, le type de plan de traitement mis en place et son état d'avancement
- Le nombre de venues en consultation bucco-dentaire ainsi que le nombre de rendez-vous où le patient ne s'est pas présenté et n'a pas prévenu (PVPP)
- La compréhension patient et praticien : notée bonne si le patient comprend les informations transmises par le praticien et qu'il arrive à se faire comprendre du praticien ou mauvaise quand le praticien et le patient éprouvent des difficultés de compréhension.
- La couverture sociale et le type de mutuelle complémentaire dont bénéficie le patient
- Le contact ou partenaire qui nous a adressé le patient.

Le recueil de ces données a pu être réalisé par la consultation des dossiers bucco-dentaire, les fiches des patients tenues par l'infirmière et l'assistante sociale ainsi que les renseignements patients tenus sur le logiciel patient des hôpitaux des Bordeaux DXCARE.

## 2. Résultats

### 2.1. Sexe et âge

Parmi les 214 dossiers relevant de la population PASS pour l'année 2015, 68% sont des hommes. L'âge des patients est reparti entre 18 ans et 86 ans, avec une fréquence plus élevée entre 26 ans et 33 ans notamment chez les patients qui ont 27 ans.



### 2.2. Pays d'origine

Seuls 173 dossiers ont été renseignés quant au pays d'origine. Parmi ces dossiers 39 pays sont représentés. 29 pays sur les 39 ne font pas partis de l'Union Européenne : l'Albanie, l'Algérie, l'Afghanistan, l'Angola, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Cameroun, la Chine, le Congo, la Côte d'Ivoire, la Géorgie, la Guinée, le Kosovo, le Mali, le Maroc, la Mauritanie, la Mongolie, le Niger, le Nigéria, le Pakistan, la Russie, le Sahara Occidental, le Sénégal, la Serbie, le Soudan, la Syrie, le Togo, la Tunisie et l'Ukraine.

Sur ces 173 dossiers étudiés, le pays d'origine des patients PASS étant le plus représentatif est la Bulgarie suivi de la France :

Bulgarie : 37 cas sur 173 soit 21%

France : 28 cas sur 173 soit 16%

Maroc : 23 cas sur 173 soit 13%

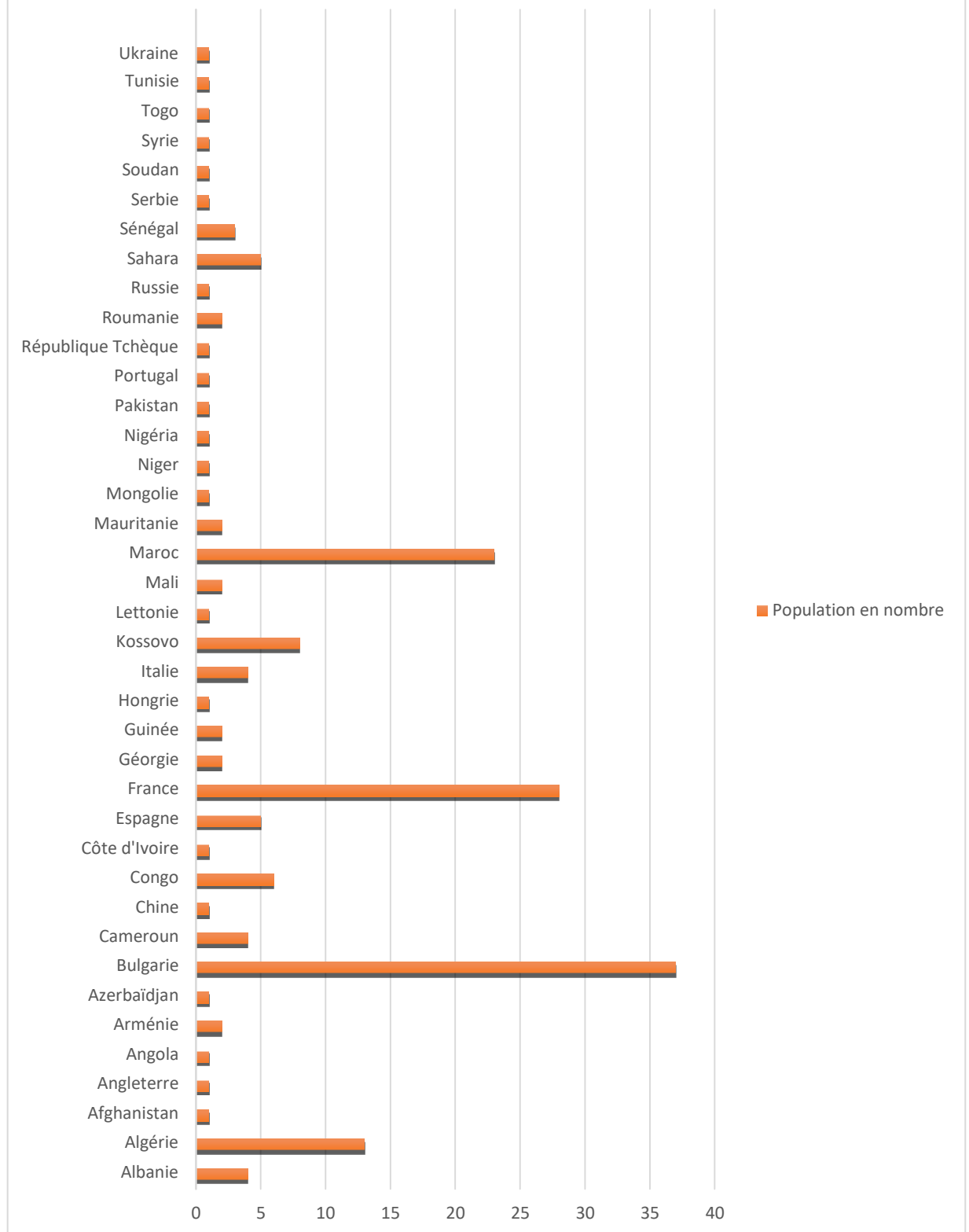
Algérie : 13 cas sur 173 soit 7%

Kosovo : 8 cas sur 173 soit 5%

Les 34 pays restant représentent chacun moins de 4% de la population étudiée.

Les 10 pays ressortissants de l'Union Européenne sur les 39 pays étudiés : l'Angleterre, la Bulgarie, l'Espagne, la France, la Hongrie, l'Italie, la Lettonie, le Portugal, la République Tchèque et la Roumanie ; représentent 46% de la répartition de la population des patients PASS reçus en 2015.

## Répartition de la population en fonction du pays d'origine



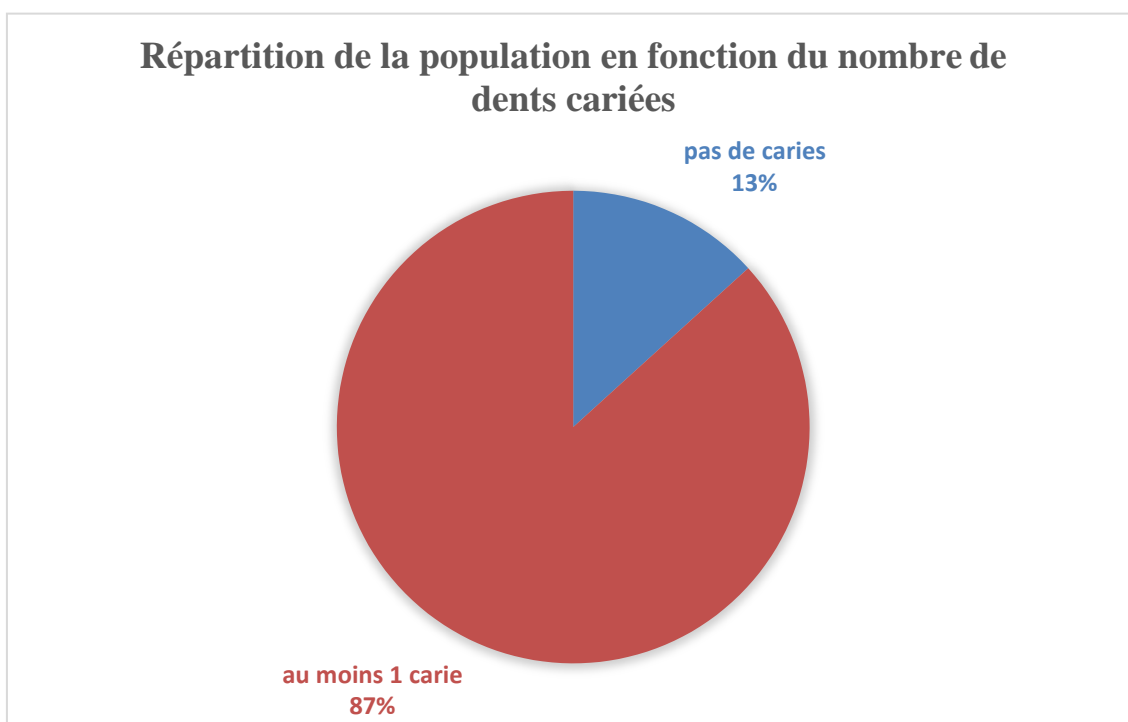
### 2.3. Compréhension patient et praticien

La qualité de la compréhension entre patient et praticien est renseignée sur 60 dossiers. Elle a été difficile dans 67% des cas ; cela signifie que le patient ne comprenait pas et/ou ne parlait pas le Français ; ou que le praticien ne s'exprimait et ne comprenait pas ou peu la langue du patient.

### 2.4. Etat bucco-dentaire

#### 24.1. Nombre de dents cariées

Les données concernant la répartition en fonction du nombre de dents cariées ont pu être extraites pour 98 dossiers. Il y a 87% de ces patients qui présentent au moins une carie et 13% qui n'ont pas de caries.



#### 24.2. Port de prothèse

Sur les 56 dossiers renseignés, 15 patients portaient au moins une prothèse qu'elle soit fixe ou amovible, dont 2 porteurs de prothèse amovible complète. Ainsi, 27% de la population étudiée avait bénéficié d'un traitement prothétique.

### 243. Nombre de dents absentes

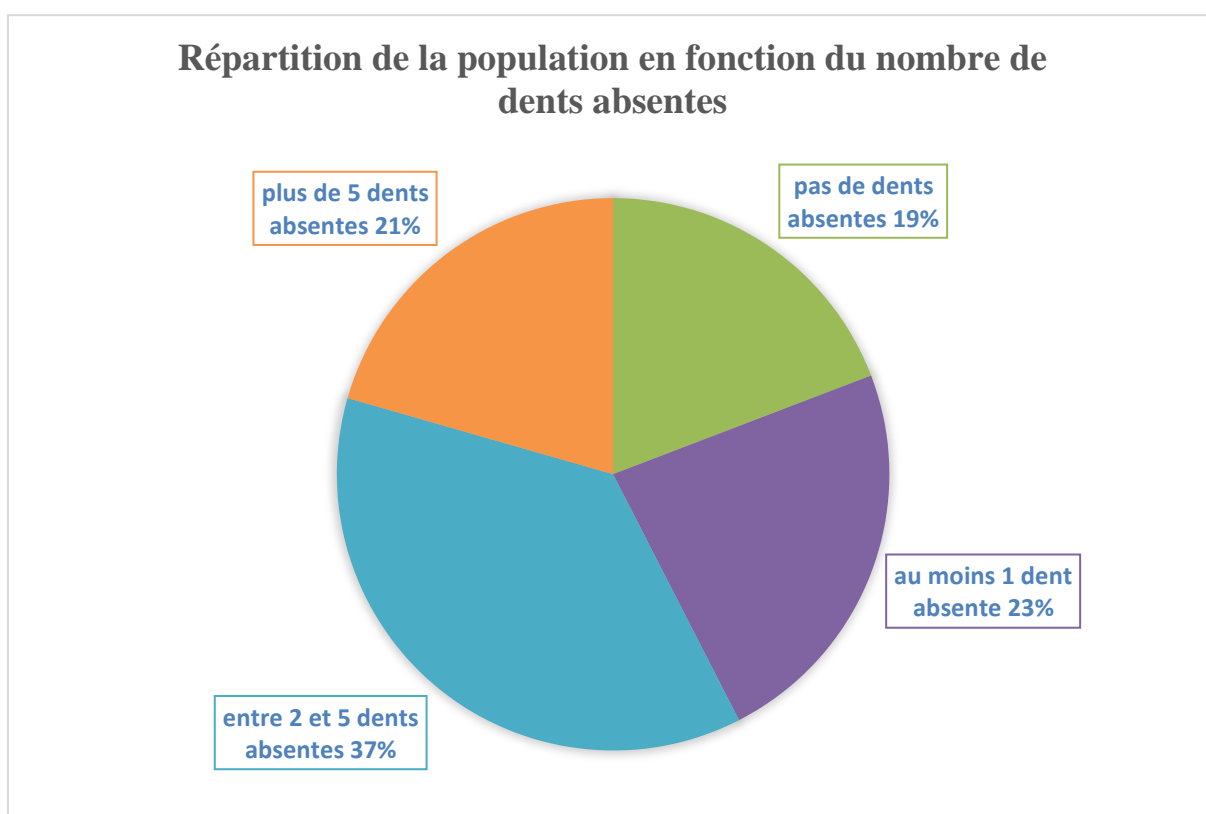
Nous avons trouvé 73 dossiers pour lesquels sont indiqués le nombre de dents absentes ou à l'état de débris radiculaires, excepté les dents de sagesse, au moment de la première consultation.

14 patients sur 73 n'ont pas de dent absente soit 19%

17 patients sur 73 ont perdu au moins 1 dent soit 23%

27 patients sur 73 ont perdu entre 2 et 5 dents soit 37%

15 patients sur 73 ont perdu plus de 5 dents soit 19%.





#### 2.4.4. Etat Parodontal

83% des patients présentent du tartre ou de la plaque dentaire, pour 60 dossiers patients renseignés.

#### 2.5. Motif de consultation

L'échantillon représente 190 cas dont la consultation correspond à la première venue durant l'année 2015. Les motifs de consultations principaux sont,

Sur 52 cas sur 190 soit 27%, une pulpite

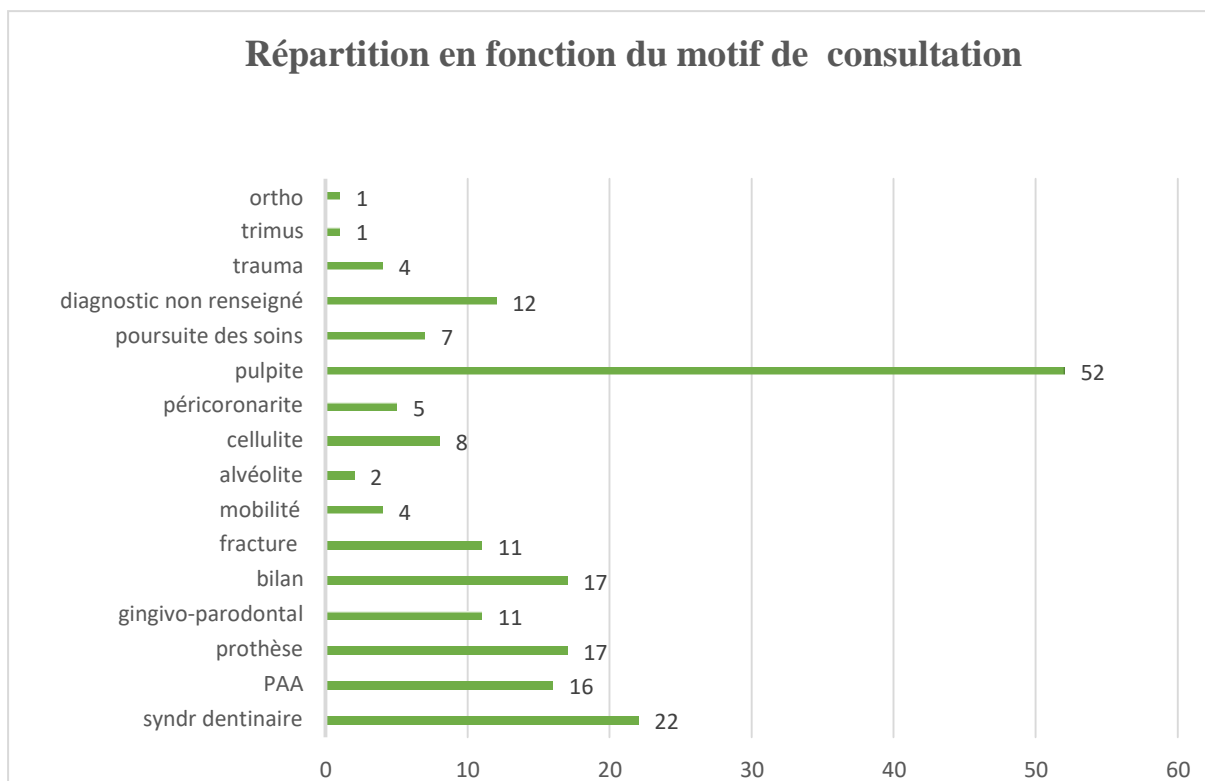
Sur 22 cas sur 190 soit 12%, un syndrome dentinaire

Sur 17 cas sur 190 soit 9%, une réhabilitation prothétique

Sur 17 cas sur 190 soit 9% un bilan bucco-dentaire

Sur 16 cas sur 190 soit 8%, une parodontite apicale.

Par ailleurs, 87% de ces patients ont consulté dans le cadre d'urgence dentaire et 76% déclaraient avoir des douleurs dentaires lors de cette première consultation.



## 2.6. Plan de traitement

Les plans de traitement fréquemment proposés pour 192 dossiers renseignés après une première consultation sont les extractions et le traitement endodontique.

Il y a 53 cas sur 192 soit 28% concernant les extractions et le traitement endodontique

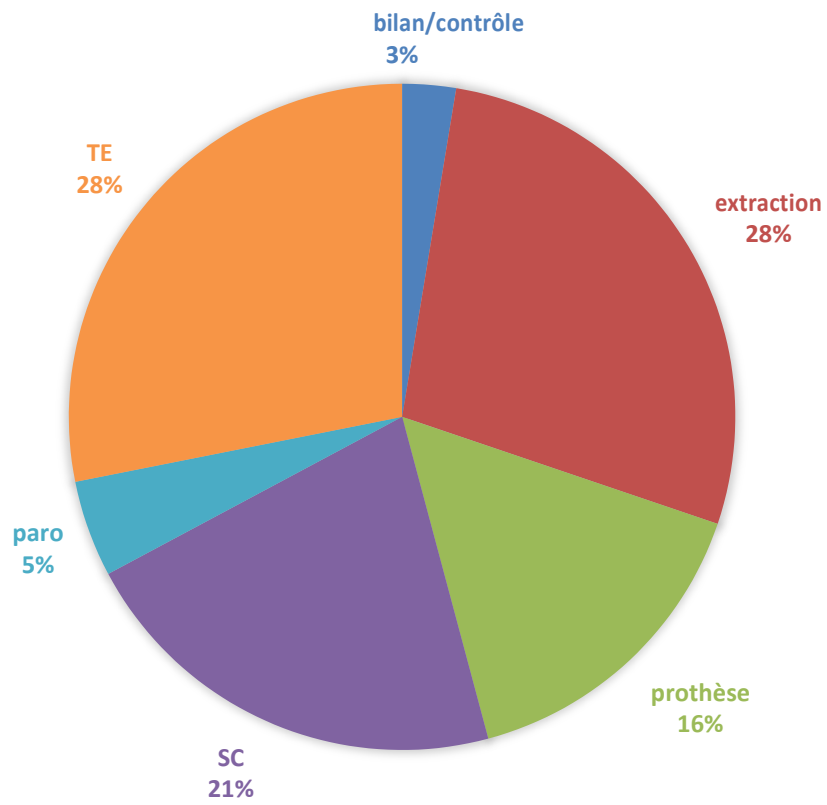
Il y a 41 cas sur 192 soit 21% concernant les soins conservateurs et restaurateurs

Il y a 30 cas sur 192 soit 16% concernant les soins prothétiques

Il y a 9 cas sur 192 soit 5% concernant le traitement parodontal

Il y a 5 cas sur 192 soit 3% concernant les bilans et contrôle.

## Répartition de la population en fonction du plan de traitement à exécuter



## 2.7. Avancement du plan de traitement

Dans 148 dossiers nous avons décompté 40% de plans de traitement non débutés après diagnostic, 32% restés inachevés et 24% exécutés. Il s'agit de données recueillies sur des dossiers dont la thérapeutique a débuté avant ou pendant l'année 2015, exécutée ou en cours en 2015.

## 2.8. Nombre de rendez-vous

Dans 188 dossiers renseignés sur le nombre de consultations bucco-dentaires effectuées après une première venue afin de continuer la thérapeutique mise en place après cette première consultation ou en urgence,

36 patients, soit 19% ont consulté une deuxième fois

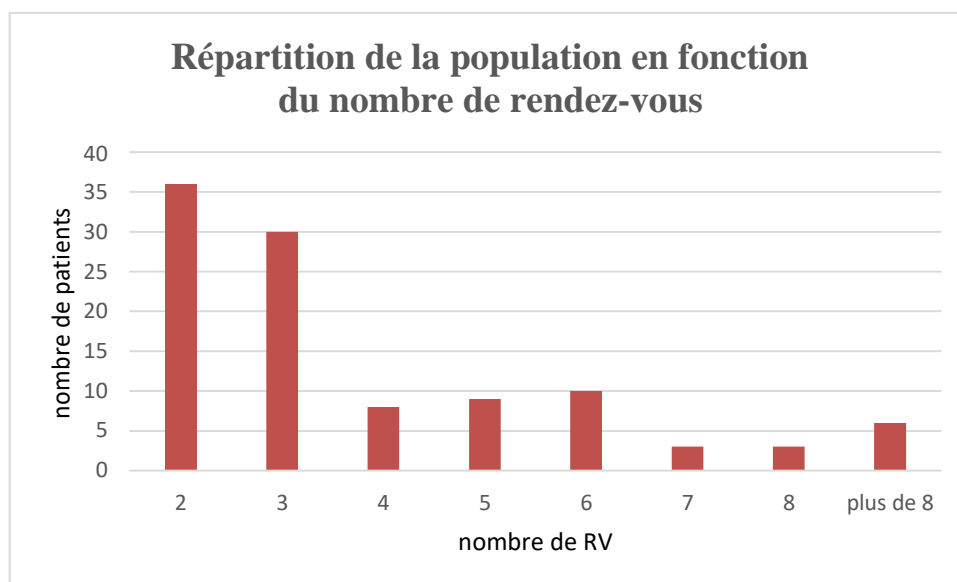
30 patients, soit 16% ont eu trois consultations

8 patients, soit 4% ont consulté quatre fois

9 patients, soit 5% ont consulté cinq fois

10 patients, soit 5% ont consulté six fois

6 patients, soit 3% ont consulté plus de huit fois



De plus, il y a 23% de la population étudiée qui enregistre au moins un PVPP « pas venu, pas prévenu ».

## 2.9. Couverture sociale

Seuls 189 dossiers étaient renseignés concernant la protection sociale des patients. Parmi ceux-ci la proportion de patients n'ayant pas de couverture sociale est élevée ;

83 patients, soit 44% n'ont pas de couverture sociale

43 patients, soit 23% ont fait une demande de CMU ou d'AME et sont en attente d'une réponse de la sécurité sociale

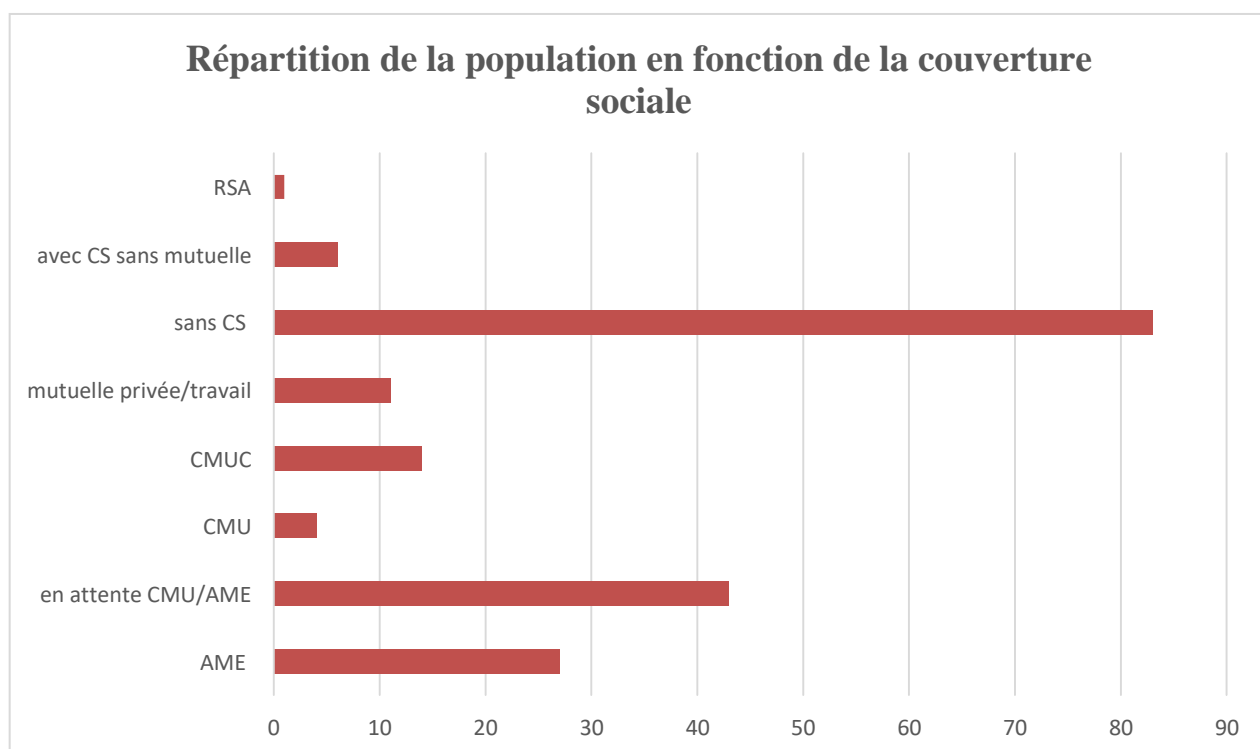
27 patients, soit 14% sont bénéficiaires de l'AME

14 patients, soit 7% sont bénéficiaires de la CMU-C

11 patients, soit 6% bénéficient d'une mutuelle privée ou professionnelle

6 patients, soit 3% n'ont pas de mutuelle mais ont une couverture sociale

4 patients, soit 2% sont bénéficiaires de la CMU et 1 patient du RSA.



## 2.10. Contacts

L'organisme qui a adressé le patient à la PASS bucco-dentaire était précisé pour 82 dossiers. Les principaux sont :

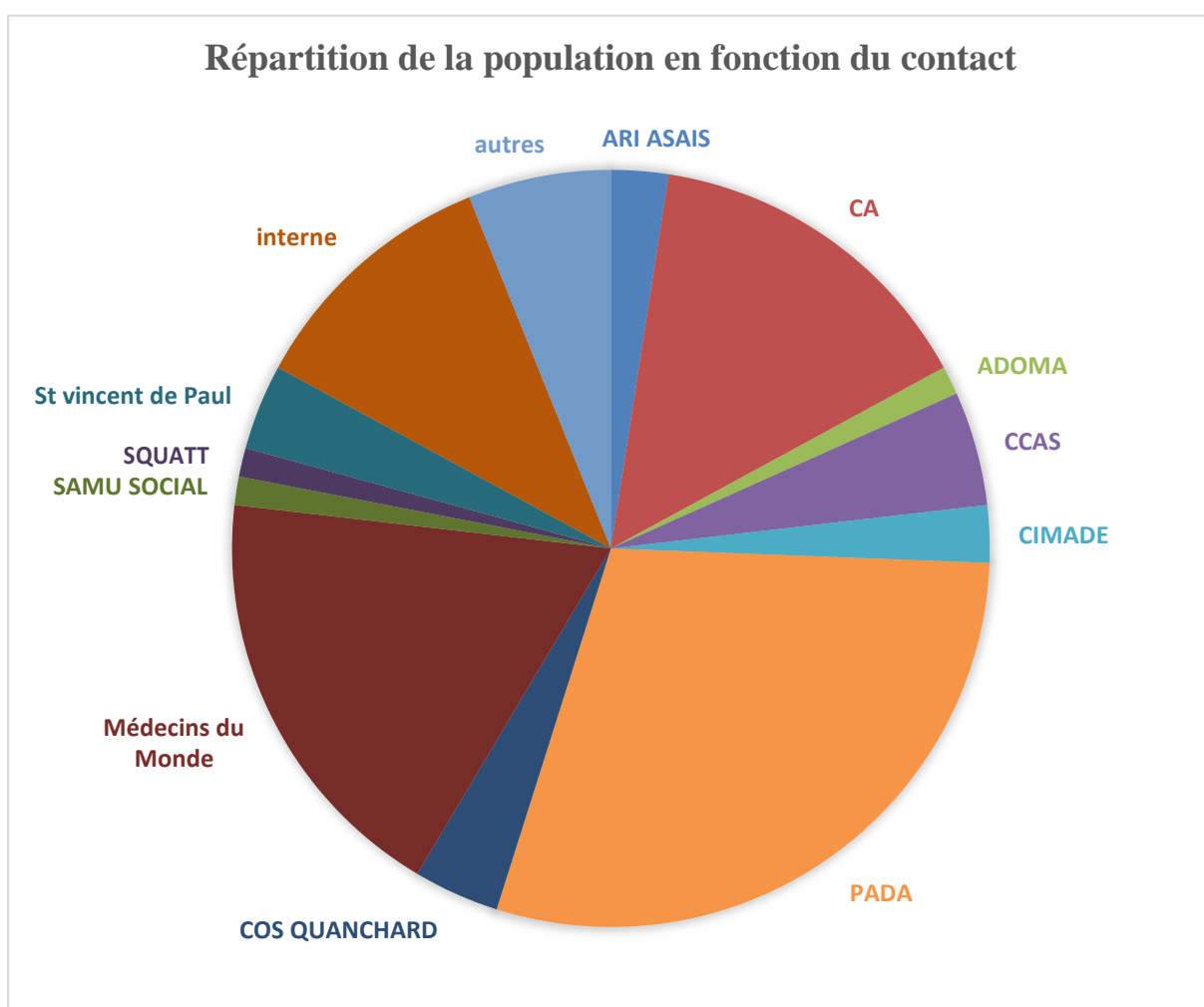
La PADA pour 26 patients, soit 32%

Médecins du Monde pour 15 patients, soit 19%

Le Centre d'Albret pour 14 patients, soit 17%

Le CCAS et d'autres partenaires tels que la PMI, le Pavillon de la Mutualité ou centre de rétention administrative pour 4 patients, soit 5%

Les différentes PASS de Bordeaux et des PASS alentours, les diverses unités de l'hôpital Saint-André, l'équipe de l'Unité d'Odontologie pour 98 patients, soit 11%



## V. DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer la population ayant accédé à la PASS pour l'année 2015 et d'analyser comment s'opère le suivi des soins bucco dentaires de ces patients. Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude faite sur ce sujet dans ce service.

Nous avons pu accéder aux dossiers de patients majeurs issus de la PASS archivés au service d'Odontologie de Saint-André sur l'année 2015, aux renseignements fournis par l'infirmière ainsi que l'assistante sociale et également sur DXCARE concernant l'état civil et social (couverture sociale, nationalité) de ces patients. Ces 214 dossiers ont été sélectionnés après regroupement des files actives fournies par l'assistante sociale, l'infirmière et le code 3603 faisant référence aux patients PASS à la régie odontologie. Nous avons relevé pour chaque paramètre relatif à notre évaluation un nombre satisfaisant nous permettant de donner un résultat probant à notre objectif, cependant nous sommes conscients que certains dossiers sont insuffisamment renseignés. Ces dossiers sont remplis par des étudiants allant de la 4<sup>ème</sup> année à la 6<sup>ème</sup> année d'étude d'odontologie supervisés par des praticiens hospitaliers, présents dans le service. Ils peuvent également être complétés par l'infirmière et l'assistante sociale affectés au service d'odontologie.

Nous constatons que les patients sont majoritairement de sexe masculin à 68% contrastant avec les informations fournies par une étude de l'INSEE en 2007 selon laquelle les femmes sont plus attentives à leur santé bucco-dentaire avec en moyenne une consultation 1,5 fois par an contre 1,1 fois pour les hommes. Nous notons une fréquence plus élevée chez les 26 à 33 ans particulièrement chez les patients âgés de 27 ans.

Parmi les 39 nationalités recensées, 10 font partie de l'Union Européenne, ce qui représente 46% de la population PASS reçue en 2015. Par ailleurs, les patients d'origine Bulgare sont majoritaires avec 21% ; viennent ensuite les patients de nationalité Française avec 16% puis de ceux originaires du Maroc avec 13%.

Les résultats montrent également que la population PASS est peu francophone, ce qui explique une compréhension difficile entre le patient et le praticien dans 67% des cas renseignés. Malgré le fait que certains patients viennent parfois accompagnés d'un ami ayant des notions en français, assurant ainsi le rôle de traducteur ; praticien et patient ne se comprennent pas forcément, la bonne compréhension du patient pouvant être biaisée par l'avis de l'accompagnant ; de plus, le secret professionnel ne peut être gardé.

C'est pourquoi, il est nécessaire que l'équipe odontologique, et plus particulièrement les étudiants qui sont les premiers interlocuteurs, recourent aux services d'un interprète professionnel afin de franchir la barrière linguistique qui est un facteur de non-recours aux soins.

Nous constatons que les dossiers sont insuffisamment complétés concernant le schéma dentaire ce qui peut s'expliquer par le fait que 87% de ces patients consultant dans le cadre d'une urgence dentaire, les étudiants ne font pas le bilan bucco-dentaire complet.

Cependant, nous avons pu relever que la population étudiée présentait un état bucco-dentaire dégradé avec 87% de patients ayant plus d'une carie et 37% ayant perdu entre 2 et 5 dents.

Par ailleurs, chez 83% d'entre eux, le contrôle de plaque est mauvais.

En ce qui concerne les prothèses, 73% n'en sont pas porteurs, qu'elle soit fixe ou mobile.

Toutefois, nous ne savons pas pour ces cas si le traitement prothétique était recommandé.

Le motif de consultation le plus fréquemment observé est une pulpite, ce qui explique qu'environ 76% des patients souffrent de douleurs bucco-dentaires lors de la première consultation.

Le plan de traitement comprend le plus souvent des traitements endodontiques et/ou des extractions. Toutefois, il convient de noter qu'un traitement endodontique peut nécessiter plusieurs rendez-vous, or, selon une étude d'Economie et Statistiques parue en 2014, dans 20% des cas le manque de disponibilité du patient est un facteur de renoncement aux soins dentaires (3).

Chez ces patients PASS, nous avons d'ailleurs constaté que dans 16% des cas, 3 rendez-vous ont été honorés et que ce pourcentage chute à 4% quand 4 rendez-vous ont été nécessaires. Cependant nous ne savons pas si ces consultations ont été proposées dans la continuité du plan de traitement ou constituaient des rendez-vous isolés. Ainsi, il est nécessaire pour ces patients en situation d'urgence sociale d'être d'autant plus efficace et rapide.

Dans 16% des cas, un traitement prothétique est nécessaire pour ces patients qui n'ont pas les moyens financiers pour effectuer cette réhabilitation. Nous avons vu précédemment que 84% des patients PASS ne sont pas français, il s'agit d'étrangers qui ne remplissent pas les conditions nécessaires prouvant notamment qu'ils ont résidé plus de 3 mois en France ou ayant acquis de la nationalité française. Ainsi, ils doivent patienter avant de faire une demande de couverture sociale. Nous avons relevé que 44% des patients sont sans couverture sociale et 14% sont bénéficiaires de l'AME qui ne prend pas en charge les prothèses.



En France, selon une étude de l'INSEE parue en 2007, 22% des individus ayant de faibles revenus n'ont pas de complémentaire santé y compris la CMU et le taux de renoncement aux soins est plus élevé pour les soins nécessitant une prothèse (37). C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place un travail d'équipe avec l'assistante sociale et l'infirmière afin de trouver une aide rapide pour les cas les plus urgents.

La PASS bucco-dentaire est en relation avec de nombreux partenaires qui lui adressent des patients en situation de précarité sociale et nécessitant des soins dentaires. Par PADA, qui s'occupe essentiellement de patients demandeurs d'asile, nous adresse la plupart des patients PASS soit 29%

La PASS bucco-dentaire de Bordeaux, créée en 2010, est assez récente. Elle accroît son activité au fil des années en améliorant l'accompagnement de ces patients : consultation infirmière, médicale et sociale préalable, recours à l'interprétariat professionnel, prise en charge efficace et prise de rendez-vous rapide pour ces patients en situation d'urgence sociale. De plus, elle tient un rôle médico-social important de par la multitude de ces relations avec les différents partenaires.

## VI. CONCLUSION

Suite à notre analyse de la population majeure PASS reçue en 2015, nous remarquons que nos résultats sont conformes avec la littérature concernant les facteurs du recours au soin. En effet, ces patients en situation de précarisation ont un état bucco-dentaire dégradé et consultent dans le cadre d'urgence. De plus, ce sont les jeunes qui ont le plus souvent recours aux soins. Il s'agit d'une population qui n'a pas de couverture sociale ni de complémentaire santé et ne peuvent avoir une meilleure prise en charge de ce fait que dans le cadre hospitalier. La majorité des patients reçus sont d'origine étrangère et ne maîtrisent pas correctement le français. La barrière linguistique est de ce fait un véritable frein dans la prise en charge de ces patients. Contrairement aux études réalisées, ici, ce sont les hommes qui consultent plus (23). L'équipe de la PASS bucco-dentaire de Saint –André s'efforce de garantir au mieux la prise en charge de ces patients : repérage systématique par l'ensemble du personnel y compris les étudiants, recours à l'interprétariat professionnel, mise en place des actions de prévention et sensibilisation à l'ensemble du personnel hospitalier aux dispositifs PASS. Par ailleurs, un projet de praticien hospitalier dédié à la PASS bucco-dentaire est en cours, de même que l'accessibilité aux prothèses dans le cas d'urgence pour les patients n'ayant pas de couverture sociale ni de complémentaire.

Ainsi, la permanence d'accès aux soins de santé bucco-dentaire de Bordeaux satisfait son rôle qui est de contribuer à lutter contre les inégalités de santé bucco-dentaire qui affectent la population précaire. Par ailleurs, vu le contexte économique et social qui affecte la France et l'Europe, l'activité de la PASS devrait s'accroître avec une population précaire qui augmente.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

- 1/ Argouarc'h J., Boiron A.; Les niveaux de vie en 2014, *INSEE Première* (en ligne) n° 1614, septembre 2016 INSEE [réf de septembre 2016] disponible sur : [www.insee.fr/collections-nationales](http://www.insee.fr/collections-nationales)
- 2/ Moisy M., Beck F.; Problèmes dentaires, tabac , dépression: la santé précaire des sans domicile, *Etudes et Résultats* (en ligne) n°0932, DREES , septembre 2015 [réf du 18 novembre 2015] disponible sur : [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr)
- 3/ Chaupain-Guillot S., Guillot O, Jankeliowitch-LavalE.; Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV, *Economie et Statistiques* (en ligne) n°469-470 p.169-197, INSEE, juillet 2014 [consulté le 9 octobre 2016] disponible sur : [www.insee.fr/collections-nationales](http://www.insee.fr/collections-nationales)
- 4/ Lebas J.; Permanences d'accès aux soins de santé: 10 ans d'expérience méconnus, *La revue de Médecine Interne* (en ligne) n°30 p.S8-S9, Elsevier et Masson, avril 2009 [réf du 24 avril 2009] disponible sur : [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
- 5/ Médecins du Monde; Etat des lieux des Permanences d'Accès aux Soins de Santé dans 23 villes où Médecins du Monde est présent, Direction des Missions France, août 2010 [réf du 29 septembre 2016] disponible sur : [www.medecinsdumonde.org](http://www.medecinsdumonde.org)
- 6/ WRESINSKI J.; Rapport Grande pauvreté et précarité économique et sociale, Journal officiel de la République Française n°6ISSN 0429-3841 p.6, séances des 10 et 11 février 1987 du Conseil Economique et Social, 1987
- 7/ Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, Rapport 2000, *Les travaux de l'observatoire* (en ligne) chap.1 p.25, 2000 [réf du 29 septembre 2009] disponible sur : [www.onpes.gouv.fr](http://www.onpes.gouv.fr)
- 8/ Loisy C.; Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts, *Les travaux de l'observatoire 2000* (en ligne) chap.1, p.23-51, DREES, Ministère de l'emploi et des solidarités 2000 [réf du 30 septembre 2009] disponible sur : [www.onpes.gouv.fr](http://www.onpes.gouv.fr)

- 9/ Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale, *Les cahiers du CNLE* (en ligne) p.3-59, 2015 [réf du 16 octobre 2015] disponible sur : [www.cnle.gouv.fr](http://www.cnle.gouv.fr)
- 10/ Godefroy P., Ponthieux S.; Pauvreté en conditions de vie en France et privations matérielles dans les pays de l'Union Européenne, *Les travaux de l'observatoire 2009 2010*, p.289-314, INSEE , 2010 [réf du 1<sup>er</sup> juin 2010] disponible sur : [www.onpes.gouv.fr](http://www.onpes.gouv.fr)
- 11/ Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale; Mesures de la pauvreté et de l'exclusion sociale, *Le rapport 2007-2008*, chap.1 p.22-30, 2008 ONPES [réf du 29 septembre 2009] disponible sur [www.onpes.gouv.fr](http://www.onpes.gouv.fr)
- 12/ Fouchard A., Bréchat P.-H., Castiel D., Pascal J., Sass C., Lebas J., Chauvin P.; Caractéristiques métrologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* (en ligne) n° 62 p.237-247, Elsevier Masson, 2014 [réf du 24 août 2014] disponible sur : [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)
- 13/ Site web: [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) consulté le 9 octobre 2016
- 14/ Azogui-Lévy S., Rochereau T.; Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire, *Questions d'économie de la santé* (en ligne) n°94 mai 2005, IRDES [réf du 3 février 2012] disponible sur : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)
- 15/ Geeraert J., Rivolier E.; L'accès aux soins des personnes en situation de précarité, *Soins* (en ligne) n°790 novembre 2014, Elsevier Masson, 2014 [réf du 28 septembre 2016] disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/>
- 16/ Célant N., Dourgnon P., Guillaume S., Pierre A., Rochereau T., Sermet C.; L'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012: premiers résultats, *Questions d'économie de la santé* (en ligne) n°198 mai 2014, IRDES [réf du 11 mai 2015] disponible sur : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)
- 17/ Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. ;Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique, *Questions d'économie de la santé* (en ligne) n°169 octobre 2011, IRDES [réf du 10 juillet 2012] disponible sur : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

- 18/ Préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé de New-York signé le 22 juillet 1946, Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°2 p. 100, 1946
- 19/COMEDE; Migrants/ étrangers en situation précaire: soins et accompagnement, Guide pratique des professionnels, p.8-300, 2015
- 20/ Eurostat, Statistiques sur la migration et la population migrante, *Statistics Explained* (en ligne), 2016, [réf de mai 2016] disponible sur : <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/>
- 21/ Brutel C.; Les immigrés récemment arrivés en France, *INSEE Première* (en ligne) n°1524 novembre 2014 [réf de novembre 2014] disponible sur : [www.insee.fr/collections-nationales](http://www.insee.fr/collections-nationales)
- 22/ Beynet A., Menahem G.; Problèmes dentaires et précarité, *Questions d'économie de la santé* (en ligne) n°48 février 2002, CREDES [réf du 31 décembre 2008] disponible sur : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)
- 23/ Coirier E.; Le recours aux soins des nouveaux migrants, *Infos migrations* (en ligne) n°76 juin 2015, DSED [réf du 18 juin 2015] disponible sur : [www.immigration.interieur.gouv.fr](http://www.immigration.interieur.gouv.fr)
- 24/ Code de la santé publique, article L6112-6 modifié par la loi n°2004-806 du 9 août 2004-art.4 JORF
- 25/ Ministère des affaires sociales et de la santé; Circulaire n°DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013
- 26/ Georges-Tarragano C., Platon J.; La PASS micro-modèle d'un système d'organisation des soins, *Revue hospitalière de France* (en ligne) n°550 janvier-février 2013, p.28-30 [réf du 7 février 2013] disponible sur : [www.revue-hospitaliere.fr](http://www.revue-hospitaliere.fr)
- 27/ Site web: <http://www.accesauxsoinsdentaires.aoi-fr.org> disponible en octobre 2016
- 28/ Site web: [www.medecinsdumonde.org](http://www.medecinsdumonde.org) disponible en octobre 2016
- 29/ Site web: [www.action-sociale.org](http://www.action-sociale.org) disponible en octobre 2016
- 30/Site web : [www.diaconatbordeaux.fr](http://www.diaconatbordeaux.fr) disponible en octobre 2016

31/ Site web : [www.lacimade.org](http://www.lacimade.org) disponible en octobre 2016

32/ Site web : [www.ssvp-gironde.fr](http://www.ssvp-gironde.fr) consulté le 9 octobre 2016

33/ Site web : [www.ari-asais.org](http://www.ari-asais.org) consulté le 9 octobre 2016

34/ Site web : [www.adoma.fr](http://www.adoma.fr) consulté le 9 octobre 2016

35/ Site web : [www.alprado.fr](http://www.alprado.fr) consulté le 9 octobre 2016

36/ Galli J., Debout C., Omalek L.; Plus de recours aux médecins spécialistes en Ile-de-France, *Recours aux soins* (en ligne), Regards sur la santé des franciliens p. 44-47, 2007 , INSEE Ile-de-France [consulté le 9 octobre 2016 ] disponible sur : [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

37/ De Saint Poi T.; La santé des plus pauvres, *INSEE PREMIERE* (en ligne) n°1161, INSEE octobre 2000 [réf d'octobre 2007] disponible sur : [www.insee.fr/collections-nationales](http://www.insee.fr/collections-nationales)

## Liste des acronymes et abréviations

ACS : Aide pour une Complémentaire Santé

AEIS : Association pour l'Education et l'Insertion Sociale

AME : Aide Médicale de l'Etat

ARI : Association de Réadaptation et d'Intégration

ARS : Agence Régionale de la Santé

ASAIS : Accueil Soutien Accompagnement et Insertion Sociale

CAIO : Centre d'Accueil d'Information et d'Orientation

CASO : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire

COS : Centre d'Orientation Sociale

CRA : Centre de Rétention Administrative

CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSED : Département des Statistiques, des Etudes et de la Documentation

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités dans les Centres d'Examen et de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

MOUS : Maîtrise d'Œuvre Urbaine et Sociale

OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides

ONPES: Observatoire National Pour l'Exclusion Sociale

PADA : Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PUMA : Protection Universelle Maladie

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :



## Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

# Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

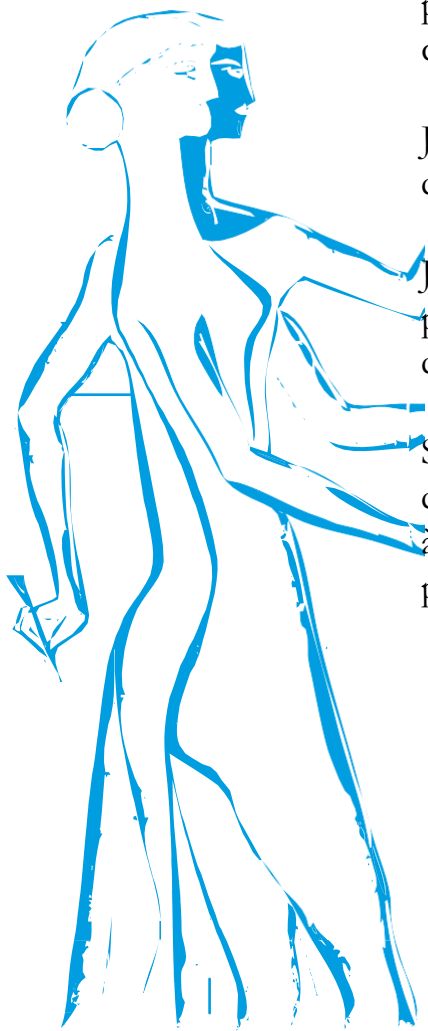
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honorée à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



**Titre : Etude rétrospective d'une population accédant à la  
permanence d'accès aux soins au de santé  
du pôle Odontologie du CHU de Bordeaux en 2015**

**Résumé :**

Le contexte économique et social en France favorise l'émergence d'une population précaire, auquel s'ajoute la précarisation d'une population immigrante principalement venue d'Europe. De nombreuses études prouvent qu'il existe un lien de causalité entre la pauvreté et l'accès aux soins notamment lié à des facteurs économiques et sociaux-comportementaux. Afin de permettre le recours aux soins de ces populations, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été créées dans le cadre de la loi relative contre les exclusions en juillet 1998. Il existe des PASS spécialisées pour lesquelles l'accès aux soins est d'autant plus difficile pour ces patients, telle que la PASS dentaire. Afin d'étudier la PASS odontologique de Bordeaux, nous avons réalisé une étude rétrospective sur les patients majeurs reçus en 2015. L'étude montre que 214 patients ont bénéficié du dispositif PASS, la majorité de ces patients sont d'origine bulgare avec une fréquence plus élevée pour les patients âgés de 27 ans. Il s'agit de patients pour la plupart qui consulte dans le cadre de l'urgence dentaire et n'ont pas de couverture sociale. Nous constatons que la PASS odontologique de Bordeaux s'inscrit dans un réseau de partenaires associatifs et public qui lui adresse ces patients et participe ainsi à son développement répondant ainsi à la demande d'une population de plus en plus précaire nécessitant de soins bucco-dentaires.

**Mots clés :** PASS- Odontologie- Précarité

**Title : Retrospective study of a population reaching  
the permanence of access to the health care  
of the pole odontology of CHU of Bordeaux in 2015**

**Summary :**

The economic and social context in France supports the emergence of a precarious population, to which of casualization of an immigrant population mainly from Europe is added. Many studies prove that there exist a causal link between poverty and the access to the care in particular related to economic and social-behavioral factors. In order to allow the access of healthcare of these populations, permanences of access to the health care (PASS) were created within the framework of the law against exclusions in July 1998. There exist PASS specialized for which the access to the healthcare is more difficult for these patients, such as the dental PASS. In order to study the odontological PASS of Bordeaux, we carried out a retrospective study on the major patients received in 2015. The study shows that 214 patients profited from the program PASS, the majority of these patients are Bulgarian with a higher frequency for the 27 years old patients. For the most of them, they consult within the framework of the dental urgency and they haven't a social coverage. We note that the odontological PASS of Bordeaux falls under a network of associative and public partners which addresses it these patients and takes part in its development answering thus at the request of an increasingly precarious population needy of oral care.

**Keys words :** PASS- Odontological- Precarity