



HAL
open science

Étude sur l'accès aux soins en milieu précaire : exemple des foyers de la DIMEF dans les Bouches-du-Rhône

Angela da Silveira

► **To cite this version:**

Angela da Silveira. Étude sur l'accès aux soins en milieu précaire : exemple des foyers de la DIMEF dans les Bouches-du-Rhône. Chirurgie. 2019. dumas-02097614

HAL Id: dumas-02097614

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02097614>

Submitted on 12 Apr 2019

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Étude sur l'accès aux soins en milieu précaire : exemple des foyers de la DIMEF dans les Bouches-du-Rhône

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la
Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le 19 février 2019

par

DA SILVEIRA Angela
née le 21 novembre 1992
à COLOMBES

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président	: Monsieur le Professeur	B. FOTI
Assesseurs	: Monsieur le Professeur	M. RUQUET
	Monsieur le Docteur	C. PIGNOLY
	<u>Monsieur le Docteur</u>	<u>R. LAN</u>

Étude sur l'accès aux soins en milieu précaire : exemple des foyers de la DIMEF dans les Bouches-du-Rhône

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la
Faculté d'Odontologie de Marseille
(Doyen : Monsieur le Professeur Jacques DEJOU)

Aix Marseille Université
(Président : Monsieur le Professeur Yvon BERLAND)

Le 19 février 2019

par

DA SILVEIRA Angela
née le 21 novembre 1992
à COLOMBES

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président	: Monsieur le Professeur	B. FOTI
Asseseurs	: Monsieur le Professeur	M. RUQUET
	Monsieur le Docteur	C. PIGNOLY
	<u>Monsieur le Docteur</u>	<u>R. LAN</u>

ADMINISTRATION

Mise à jour : octobre 2018

DOYENS HONORAIRES	Professeur	R. SANGIUOLO
	Professeur	H. ZATTARA
	Professeur	A. SALVADORI
DOYEN	Professeur	J. DEJOU
VICE – DOYEN CHARGE DES ENSEIGNEMENTS DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE FORMATION INITIALE	Professeur	J.D. ORTHLIEB
VICE – DOYEN CHARGE DE LA RECHERCHE DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE LA RECHERCHE	Professeur	C. TARDIEU
DIRECTEUR DU DEPARTEMENT DE FORMATION CONTINUE	Professeur	V. MONNET-CORTI
CHARGES DE MISSION	Professeur	F. BUKIET
	Professeur	A. RASKIN
RESPONSABLE DES SERVICES ADMINISTRATIFS ET TECHNIQUES	Madame	K. LEONI
PROFESSEUR ÉMERITE	Professeur	O. HUE

LISTE DES ENSEIGNANTS

56^{ème} SECTION :
DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

56.01 ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE ET ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE

<i>Professeur</i>	C. TARDIEU *	<i>Assistant</i>	H. AL AZAWI
<i>Maître de Conférences</i>	D. BANDON	<i>Assistant</i>	V. MAGNAN
<i>Maître de Conférences</i>	I. BLANCHET		
<i>Maître de Conférences</i>	A. CAMOIN		
<i>Maître de Conférences</i>	A. CHAFAIE		

ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

<i>Maître de Conférences</i>	J. BOHAR	<i>Assistant</i>	I. CAMBON
<i>Maître de Conférences</i>	J. GAUBERT	<i>Assistant</i>	L. LEVY
<i>Maître de Conférences</i>	M. LE GALL *	<i>Assistant</i>	R. MATTERA
<i>Maître de Conférences</i>	C. PHILIP-ALLIEZ	<i>Assistant</i>	C. MITTLER
		<i>Assistant</i>	A. PATRIS-CHARRUET

56.02 PRÉVENTION - ÉPIDÉMIOLOGIE - ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - ODONTOLOGIE LÉGALE

<i>Professeur</i>	B. FOTI *	<i>Assistant</i>	A. PORTAL
<i>Professeur</i>	D. TARDIVO		

57^{ème} SECTION :
CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

57.01 CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE

PARODONTOLOGIE

<i>Professeur</i>	V. MONNET-CORTI *	<i>Assistant</i>	A. BOYER
		<i>Assistant</i>	C. DUMAS
		<i>Assistant</i>	V. MOLL

CHIRURGIE BUCCALE – PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE - ANESTHÉSIOLOGIE – RÉANIMATION

<i>Maître de Conférences</i>	D. BELLONI	<i>Assistant</i>	E. QUINQUE
<i>Maître de Conférences</i>	F. CAMPANA		
<i>Maître de Conférences</i>	J. H. CATHERINE *		
<i>Maître de Conférences</i>	P. ROCHE-POGGI		

BIOLOGIE ORALE

<i>Maître de Conférences</i>	P. LAURENT	<i>Assistant</i>	C. LE FOURNIS
------------------------------	------------	------------------	---------------

65^{ÈME} SECTION : BIOLOGIE CELLULAIRE

<i>Professeur</i>	Imad ABOUT *		
	(Responsable de la Biologie orale)		

* Responsable de la discipline

58^{ème} SECTION : REHABILITATION ORALE
--

58.01 RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

<i>Professeur</i>	F. BUKIET *	<i>Assistant</i>	B. BALLESTER
<i>Professeur</i>	H. TASSERY	<i>Assistant</i>	H. DE BELENET
<i>Maître de Conférences</i>	G. ABOUDHARAM	<i>Assistant</i>	A. DEVICTOR
<i>Maître de Conférences</i>	M. GUIVARC'H	<i>Assistant</i>	S. MANSOUR
<i>Maître de Conférences</i>	C. PIGNOLY	<i>Assistant</i>	L. MICHEL-ROLLET
<i>Maître de Conférences</i>	L. POMMEL		
<i>Maître de Conférences</i>	E. TERRER		

PROTHÈSE

<i>Professeur</i>	M. RUQUET *	<i>Assistant</i>	N. CHAUDESAYGUES
<i>Maître de Conférences</i>	G. LABORDE	<i>Assistant</i>	M. DODDS
<i>Maître de Conférences</i>	M. LAURENT	<i>Assistant</i>	A. FERDANI
<i>Maître de Conférences</i>	G. MAILLE	<i>Assistant</i>	C. MENSE
<i>Maître de Conférences</i>	B.E. PRECKEL	<i>Assistant</i>	A. REPETTO
<i>Maître de Conférences</i>	G. STEPHAN	<i>Assistant</i>	A. SETTE
<i>Maître de Conférences</i>	P. TAVITIAN	<i>Assistant</i>	F. SILVESTRI
<i>Maître de Conférences</i>	A. TOSELLO		
<i>Maître de Conférences</i>	R. LAN		
<i>associé</i>			

SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES OCCLUSODONTOLOGIE, BIOMATERIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE

<i>Professeur</i>	J. DEJOU	<i>Assistant</i>	M. JEANY
<i>Professeur</i>	J. D. ORTHLIEB *		
<i>Professeur</i>	A. RASKIN		
<i>Maître de Conférences</i>	T. GIRAUD		
<i>Maître de Conférences</i>	A. GIRAUDEAU		
<i>Maître de Conférences</i>	B. JACQUOT		
<i>Maître de Conférences</i>	J. P. RÉ		

* Responsable de la discipline

Remerciements

A Monsieur le Professeur B. FOTI,

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de cette thèse. Votre bonne humeur et votre expérience vous caractérisent. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur M. RUQUET,

Je vous remercie de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de faire partie de ce jury. Votre présence et votre sympathie ont rendu nos études plus agréables, depuis les premiers travaux pratiques. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

A Monsieur le Docteur C. PIGNOLY,

Votre disponibilité, votre humour et votre gentillesse ont marqué nos années cliniques. Je me rappellerai l'aide que vous m'avez apportée en fin de 6^e année. Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et vous exprime ma considération.

A mon Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur R. LAN,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail qui me tenait à cœur. J'ai beaucoup appris lors de la réalisation de cette étude à vos côtés. Veuillez recevoir ici la marque de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Je tiens à remercier les personnes qui ont permis la réalisation de cette étude,

Madame Mélanie Sanchez, directrice de la DIMEF,

Le Docteur Olivier Bernard, chef du service PMI,

Les chefs de service de la DIMEF, ainsi que l'ensemble de leurs équipes,

Madame Delphine Soulier, infirmière et coordinatrice santé de la DIMEF,

Le Docteur David Demet.

Je suis également reconnaissante envers l'ensemble des participants à cette étude qui ont eu la gentillesse d'y prendre part.

Table des matières

INTRODUCTION	1
I. CONTEXTE	3
1. DEFINITIONS	3
2. CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE ET SOCIAL	4
2.1. <i>Contexte sociodémographique des Bouches-du-Rhône</i>	4
2.2. <i>Contexte sociodémographique de Marseille</i>	5
3. DISPOSITIFS MIS EN PLACE PAR L'ÉTAT.....	6
3.1. <i>La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)</i>	6
3.2. <i>L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)</i>	6
3.3. <i>L'aide médicale d'état (AME)</i>	7
3.4. <i>Les permanences d'accès aux soins (PASS)</i>	7
3.5. <i>Les ateliers santé ville (ASV)</i>	8
II. ORGANISATION DE LA DIMEF	9
1. PRESENTATION DE LA DIMEF	9
2. MISSIONS DE LA DIMEF	11
3. SITUATION DES MINEURS ACCUEILLIS.....	12
4. SERVICE DE SANTÉ, PREVENTION ET CIRCUITS DE SOINS DES MINEURS ACCUEILLIS	13
4.1. <i>Santé générale</i>	13
4.2. <i>Santé bucco-dentaire</i>	15
III. ÉTUDE SUR L'ACCES AUX SOINS ODONTOLOGIQUES ET L'ETAT BUCCO-DENTAIRE DES RESIDENTS DE LA DIMEF DANS LES BOUCHES-DU-RHONE	16
1. INTERETS ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE	16
2. MATERIELS ET METHODES.....	17
2.1. <i>Objectifs et critères de jugement</i>	18
2.2. <i>Critères d'inclusion et de non inclusion</i>	19
2.3. <i>Déroulement de l'étude</i>	19
3. RESULTATS	21
3.1. <i>Identité des participants, type de placement et couverture santé</i>	21
3.2. <i>État de santé général et ressenti sur l'accès aux soins</i>	25
3.3. <i>Perception de l'état de santé bucco-dentaire et accès aux soins</i>	26
3.4. <i>État de santé bucco-dentaire</i>	29
3.5. <i>Recueil des données</i>	33
4. DISCUSSION.....	34
4.1. <i>Identité des participants, type de placement et couverture santé</i>	34
4.2. <i>État de santé général et ressenti sur l'accès aux soins</i>	35
4.3. <i>Perception de l'état de santé bucco-dentaire et accès aux soins</i>	36
4.4. <i>État de santé bucco-dentaire</i>	37
4.5. <i>Biais et défauts du questionnaire</i>	39
CONCLUSION	40
ANNEXES	A
TABLE DES ILLUSTRATIONS	E
BIBLIOGRAPHIE	I

Introduction

L'accès aux soins se définit comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de soins dont elle a besoin (1). Malgré un bon niveau de santé à l'échelle nationale, il existe en France ce que l'on appelle « un gradient social de santé » (2). Ce phénomène se caractérise par une amélioration des principaux indicateurs de santé au fur et à mesure que l'on monte « l'échelle sociale ». Par exemple, en excluant les étudiants et les personnes retraitées, moins les personnes sont diplômées, plus elles déclarent un mauvais état de santé, des limitations d'activités et des maladies chroniques. De nombreux facteurs sont à l'origine de ces inégalités de santé. On y retrouve les conditions de vie, et notamment de travail, les modes de vie et comportements à risque, l'effet de la structure sociale, le rôle du système de santé et de soins, et certains facteurs nationaux dont les politiques sanitaires et sociales.

Le rôle du système de santé dans la réduction des inégalités de santé est de permettre à chacun l'accès à des droits de santé, notamment avec la couverture maladie universelle (CMU). Mais il a également un rôle à travers une information et une orientation adaptées des patients dans les filières de soins, ainsi qu'à travers le développement de protocoles de soins adaptés (3).

L'accès aux soins est une préoccupation nationale visant à réduire les inégalités en matière de santé (Stratégie Nationale de Santé 2018-2022). Le deuxième des quatre axes qui la composent est la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé (4).

Un des nombreux objectifs nationaux est d'accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables et plus particulièrement des jeunes. Il s'agit des individus pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) et par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ou sortant de ces dispositifs, des jeunes en errance, des mineurs non accompagnés et des mineurs de retour de zone de combat. L'objectif est de répondre à leurs besoins de santé et d'éviter les ruptures dans leurs parcours de santé.

Le rapport de 2016 de Médecins du Monde sur l'accès aux droits et aux soins (5) met en évidence un besoin élevé de soins dentaires et de prévention parmi les populations en situation de précarité. Il souligne également qu'il est indispensable d'intégrer la prévention des pathologies bucco-dentaires dans une approche de prévention et d'accès aux droits et aux soins. Certaines maladies générales favorisent l'apparition, la progression ou la gravité de

maladies bucco-dentaires et inversement, certaines maladies bucco-dentaires peuvent avoir des conséquences à distance et favoriser l'apparition, la progression ou la gravité de certaines maladies générales (6).

Après un rappel du contexte sociodémographique dans les Bouches-du-Rhône et des dispositifs mis en place par l'état, nous détaillerons l'organisation, les missions et le système de soin au sein de la DIMEF.

Enfin, une étude sur l'accès aux soins odontologiques et l'état de santé bucco-dentaire des enfants et adolescents confiés à l'ASE et accueillis à la Direction des Maisons de l'Enfance et de la Famille (DIMEF) a été réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire et d'un examen de dépistage bucco-dentaire.

I. Contexte

1. Définitions

La précarité définit la condition qui résulte de l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante et/ou quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même (7).

Un individu est considéré comme **pauvre** lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. Le **seuil de pauvreté** est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. La France privilégie en général un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie (8), soit à 1 026 euros par mois pour un individu seul (INSEE, 2016).

Les inégalités sociales de santé (ISS) peuvent se définir comme les écarts de santé socialement stratifiés et correspondent aux différences observées dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale (selon des indicateurs comme ses revenus, son niveau d'études, sa profession, etc.). Dans tous les pays où les inégalités sociales sont bien mesurées, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité plus faible que le groupe social inférieur (9).

L'équité en santé renvoie à un jugement fondé sur la valeur de justice sociale. Elle réfère au redressement du caractère injuste d'une inégalité observée dans la distribution d'une ressource qui permet la santé ou dans un état de santé (10).

Selon l'OMS, **la santé bucco-dentaire** est essentielle pour l'état général et la qualité de la vie. Elle se caractérise par l'absence de douleur buccale ou faciale, de cancer buccal ou pharyngé, d'infection ou de lésion buccale, de parodontopathie, de déchaussement et perte de dents, et d'autres maladies et troubles qui limitent la capacité de mordre, mâcher, sourire et parler d'une personne, et donc son bien-être psychosocial (11).

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et en réduire les conséquences.

La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, par exemple au moyen d'une réadaptation efficace (12).

2. Contexte démographique et social

2.1. Contexte sociodémographique des Bouches-du-Rhône

Avec 2 006 069 habitants (INSEE, 2014), les Bouches-du-Rhône est le troisième département le plus peuplé de France.

Le département montre une croissance démographique ainsi qu'économique ces dernières années. Cependant, la hausse de la population active est telle que l'augmentation de l'offre d'emploi n'est pas suffisante pour permettre une diminution du chômage (13). Entre 2007 et 2012, la population active a augmenté de 0,6 % par an, soit deux fois plus vite que la population totale du département. Cela s'explique par une participation accrue des femmes et des seniors au marché du travail.

Le taux de chômage s'est donc aggravé, atteignant 12,2 % au 3^e trimestre 2015 et reste au-dessus des autres taux au niveau régional (11,8 %) et national (10,2 %).

18,1 % des habitants vivaient sous le seuil de pauvreté en 2012 (Figure 1), constituant un enjeu crucial pour le département (13).

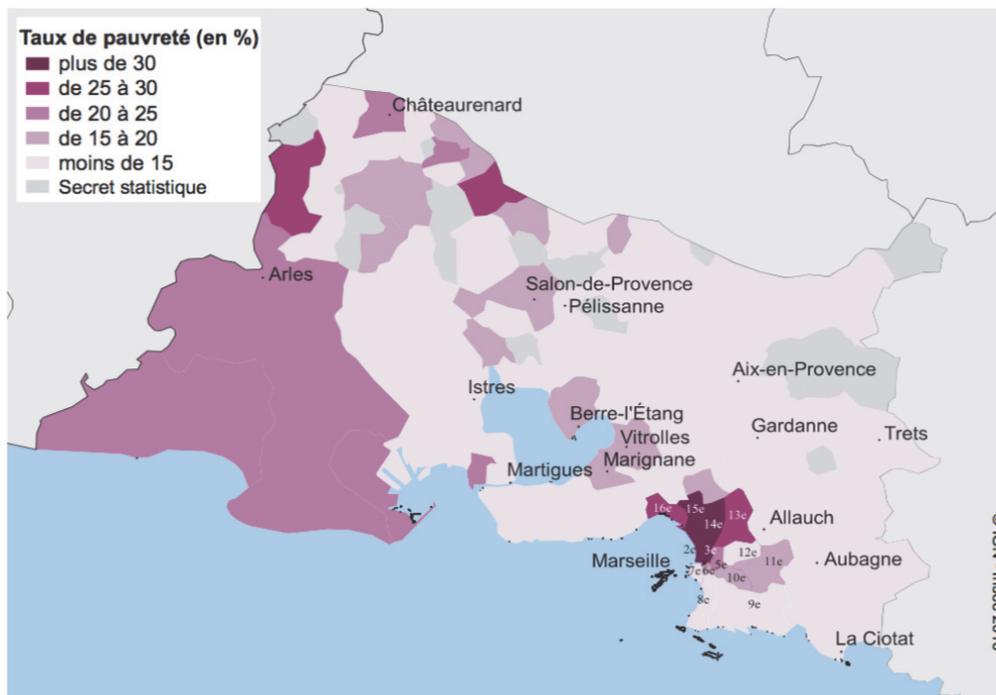


Figure 1 : Taux de pauvreté par commune des Bouches-du-Rhône en 2012 selon l'INSEE

2.2. Contexte sociodémographique de Marseille

Marseille, deuxième commune de France avec une population de 858 120 habitants (INSEE, 2014), est une des villes les plus inégalitaires du pays. Dans cette « métropole duale » (14) se côtoient une population très pauvre et de nombreuses grandes fortunes. Le revenu moyen des 20 % les riches est 5,4 fois supérieur au revenu moyen des 20 % les plus pauvres. La commune connaissait un taux de pauvreté de 25 % en 2011 et qui dépassait même les 40 % dans les quartiers Nord de la ville (13).

3. Dispositifs mis en place par l'État

3.1. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

La CMU-C est une couverture maladie complémentaire gratuite destinée à faciliter l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources et résidant en France de façon stable et régulière. Par exemple, pour une personne seule résidant en France métropolitaine, des revenus inférieurs à 8 810 € (15) par an sont exigés pour pouvoir bénéficier de la CMU-C. Elle permet la prise en charge du ticket modérateur sur les honoraires et les actes des soins de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation ainsi que la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé.

La CMU de base a été supprimée depuis la mise en place de la protection universelle maladie (PUMA), le 1^{er} janvier 2016 (16). Cette Protection Universelle Maladie assure aux personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France de façon stable et régulière, la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

En 2016 dans les Bouches-du-Rhône, 225 834 personnes ont bénéficié de la CMU-C représentant 11,1 % de la population du département (17).

3.2. L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)

Si les ressources mensuelles du foyer dépassent, dans la limite des 35%, le plafond d'attribution de la CMU-C, il est alors possible de bénéficier de l'aide au paiement d'une complémentaire santé. L'ACS permet au bénéficiaire d'obtenir une réduction sur le coût de sa complémentaire santé. Elle ouvre également le droit au bénéfice de tarifs médicaux sans dépassements et à des montants maximums de dépassement pour certains soins de prothèse dentaire et d'orthodontie.

En 2016 dans les Bouches-du-Rhône, 55 070 attestations ACS étaient recensées soit 2,7 % de la population du département (18).

3.3. L'aide médicale d'état (AME)

L'AME est une protection santé qui s'adresse aux ressortissants étrangers en situation irrégulière et précaire. Pour bénéficier de l'AME, un individu doit justifier son identité, justifier de la stabilité de sa résidence et remplir les conditions de ressources nécessaires (semblables à celles de la CMU-C) (19). L'AME a un double objectif sanitaire et humanitaire en permettant l'accès aux soins primaires ainsi que le dépistage de maladies transmissibles (hépatite B, VIH, tuberculose, rougeole...) dont le diagnostic tardif est un risque sanitaire pour les personnes et pour la population. En 2014, l'AME représentait moins de 0,5 % des dépenses d'assurance maladie (soit 723 millions d'euros) (5).

Selon la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), fin 2015, 316 314 personnes étaient couvertes par l'AME en France.

3.4. Les permanences d'accès aux soins (PASS)

Les PASS sont des dispositifs de prise en charge médico-sociale pour les personnes en situation de précarité sociale. Ils proposent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle (20). Leur objectif est de permettre l'accès aux soins ambulatoires de toute personne démunie au sein de l'ensemble des services et prestations de l'hôpital et de favoriser la continuité des soins dans les services de droit commun à la sortie de l'hôpital, en facilitant en particulier l'ouverture des droits à la couverture maladie (5).

Ces permanences sont implantées au sein des hôpitaux et travaillent avec un réseau de professionnels médicaux et sociaux. Elles sont également en lien avec les services de protection maternelle et infantile (PMI) et le planning familial, les centres médico-psychologiques (CMP), les ateliers santé ville (ASV), des opérateurs privés tels que des laboratoires, ainsi que des associations humanitaires.

Les missions des PASS s'inscrivent dans le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) du projet régional de santé. En cela, elles dépendent des agences régionales de santé (ARS).

Selon l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, les PASS sont au nombre de 38 dans la région, répartis au sein de 33 établissements. Parmi ces 38 permanences, 7 permettent une prise en

charge bucco-dentaire. Au sein de l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille, se trouve une permanence bucco-dentaire sur le site du CHU de la Timone.

Cependant, le rapport de Médecins du Monde de 2016 sur l'accès aux soins (5) relève que le dispositif des PASS dentaires doit être renforcé car quasi-absent et ne répondant pas aux besoins de la population.

3.5. Les ateliers santé ville (ASV)

Les ASV sont des dispositifs dont la mission principale est de réduire les inégalités sociales de santé. Ces ateliers sont une approche globale et collective de la santé et développent des actions locales variées : information, prévention, promotion de la santé, accès aux soins, logement... (10) Ils s'adressent aux plus démunis et cherchent à agir sur les déterminants sociaux de santé.

A Marseille, il existe trente-cinq quartiers prioritaires concernés par les actions des ASV. Cinq coordonnateurs sont chargés d'articuler les différentes politiques publiques en matière de santé ainsi que les différents acteurs réunis autour de projets partagés (21).

Tous les ans, des actions de prévention bucco-dentaire auprès des enfants sont menées dans des centres sociaux par les étudiants de la Faculté d'Odontologie de Marseille. Ces ateliers de prévention sont mis en place grâce aux coordonnateurs ASV des différents territoires marseillais.

II. Organisation de la DIMEF

1. Présentation de la DIMEF

La Direction des Maisons de l'Enfance et de la Famille (DIMEF) est un établissement social départemental qui gère 13 sites d'accueil d'urgence répartis sur l'ensemble du département des Bouches-du-Rhône (Figures 2, 3 et tableau 1) : Marseille, Vitrolles, Salon-de-Provence, La Penne-sur-Huveaune et Septèmes-les-Vallons (22).

Le type d'accueil est différent en fonction de la population accueillie et des difficultés qu'elle rencontre. Ainsi, la DIMEF propose :

- une pouponnière (0-3 ans)
- des structures collectives pour enfants (3 à 18 ans)
- des structures collectives pour adolescents (14-18 ans)
- des studios individuels
- un service de placement familial
- une structure spécifique pour les mineures enceintes ou avec enfants
- des accueils hôteliers individuels
- un service d'accueil de jour

Les maisons et services de la DIMEF sont assistés par le service de régulation de jour et de nuit et par le service de rapatriement. Ces deux services ont pour mission de centraliser les demandes d'admission et d'assurer le suivi des procédures d'orientation des mineurs accueillis.

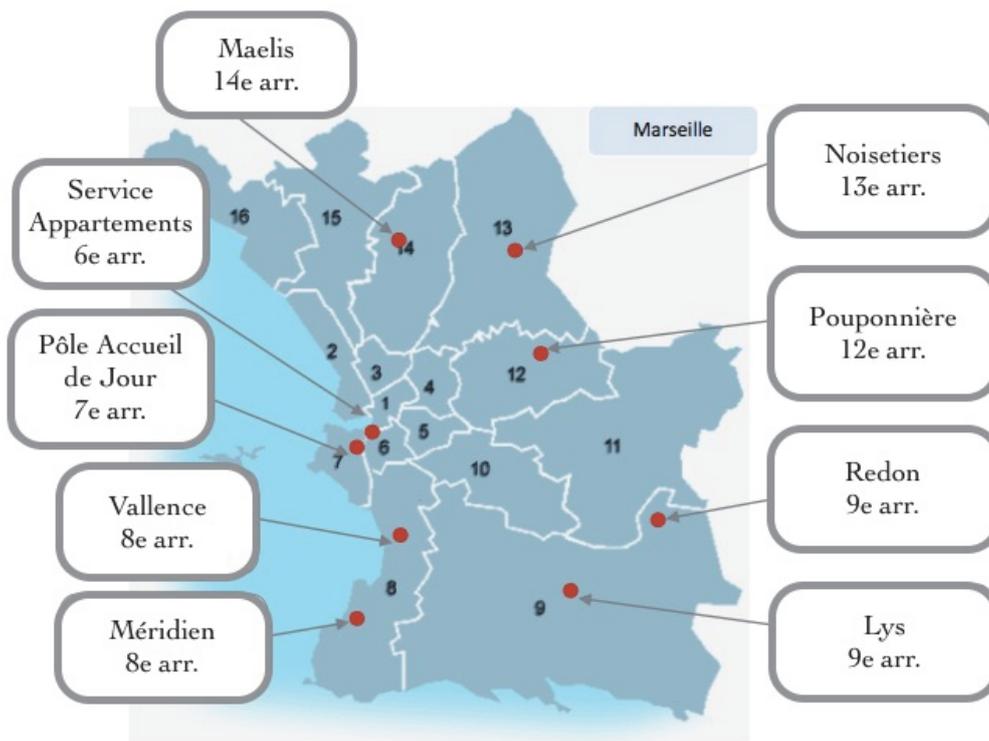


Figure 2 : Les services de la DIMEF à Marseille selon le Projet d'établissement 2013-2018 de la DIMEF



Figure 3 : Les services de la DIMEF dans les Bouches-du-Rhône (hors Marseille) selon le Projet d'établissement 2013-2018 de la DIMEF

Maisons et services	Population accueillie
Service Appartement	Filles et garçons, 14-18 ans
Le Lys	Filles, 14-18 ans
Le Méridien	Filles et garçons, 0-18 ans en familles d'accueil
Maëlis	Parents mineurs ou majeurs avec enfant né ou à naître
Les Noisetiers	Filles et garçons, 14-18 ans
Le Redon	Filles et garçons, 3-12 ans
La pouponnière	Filles et garçons, 0-3 ans
Vallence	Garçons, 14-18 ans
La Penne	Filles et garçons, 3-18 ans
Salon	Filles et garçons, 0-18 ans
Septèmes	Filles et garçons, 3-18 ans
Vitrolles	Filles et garçons, 3-18 ans
Service MNA	Mineurs non accompagnés, 14-18 ans

Tableau 1 : Répartition de la population accueillie au sein des maisons et services de la DIMEF

2. Missions de la DIMEF

L'article 46 du Code de l'Action Sociale et des Familles instaure l'obligation au Président du Conseil Départemental d'établir un dispositif capable d'accueillir, 24h/24 et 365 jours par an, tous les mineurs susceptibles d'être pris en charge par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) car ne pouvant pas être maintenus dans leur lieu de vie parental (23).

Dans ce cadre relatif à la protection de l'enfance en situation d'urgence, la DIMEF est chargée de :

- **L'accueil** des mineurs au sein d'un service de la DIMEF avec pour objectif de retracer leur historique social et scolaire et de leur expliquer les règles de vie dans la structure d'accueil.
- **L'apaisement** des mineurs accueillis en leur proposant de nouveaux repères de vie, en rythmant leurs journées et en apaisant les relations mineur-parents ou toute autre relation conflictuelle, dans le but de protéger l'enfant.
- **L'observation des potentialités** de la situation du mineur et son évaluation tout au long de son parcours par la réalisation de bilans concernant sa situation.
- **L'orientation** vers des structures adaptées, ou vers un retour en famille, en fonction des éléments repérés lors de la phase d'observation.

3. Situation des mineurs accueillis

L'accueil au sein de la DIMEF est fondé juridiquement par une décision de placement. Cette décision précise le motif du placement ainsi que l'exercice des droits parentaux (23).

Quand la décision de placement est **judiciaire**, elle est prise par un magistrat. Il peut s'agir :

- d'une Ordonnance de Garde Provisoire (OGP) valable 15 jours, délivrée par le Procureur de la République. Celui-ci décidera de la saisine du Juge pour enfants.
- d'une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) délivrée par le Procureur de la République ou le Juge des Enfants et qui peut être valable plusieurs mois.
- d'un jugement en assistance éducative pris par le Juge des Enfants.

Quand la décision de placement est **administrative**, elle est prise par un inspecteur de l'ASE.

Il peut s'agir :

- d'une décision de recueil provisoire de 72 heures.
- d'un accueil provisoire (AP), contractualisé entre le(s) représentant(s) de l'autorité parentale et le service de l'ASE.
- de l'accueil des mineurs non accompagnés (MNA).

Chaque maison de la DIMEF est encadrée par un chef de service. L'équipe est composée d'un coordinateur, d'une secrétaire, d'une équipe éducative travaillant en journée et en soirée, de veilleurs de nuit, d'un psychologue et de maitresses de maison.

4. Service de santé, prévention et circuits de soins des mineurs accueillis

Lors de la prise en charge de nouveaux arrivants, il existe un protocole rédigé par la coordinatrice santé de la DIMEF dont l'objectif principal est de ne pas laisser attendre un jeune en besoin de soins, même lorsque celui-ci n'a pas de couverture santé (24).

Tout enfant placé suite à une décision judiciaire ou administrative auprès de la DIMEF a le droit à la CMU. Cependant il existe un laps de temps entre l'accueil de l'enfant sur la structure et l'obtention de l'attestation d'affiliation à la CMU. Si possible, l'attestation de couverture santé des parents est récupérée en attendant l'obtention de l'attestation personnel de l'enfant, cependant certains enfants pourront se trouver durant une période de temps variable sans attestation de couverture médicale.

4.1. Santé générale

Pour les enfants en attente d'ouverture des droits CMU nécessitant de manière urgente une consultation médicale, psychiatrique, gynécologique, ce sont les urgences des hôpitaux publics qui sont privilégiées.

Pour les enfants sans couverture médicale (ex. MNA en attente d'ordonnance de placement), les permanences d'accès aux soins (PASS) des hôpitaux sont contactées.

Pour tous les entrants, une visite médicale d'entrée doit être organisée, dans les 15 jours suivants l'arrivée. Selon la situation de l'enfant, la visite aura lieu dans divers endroits :

- Si l'attestation de CMU personnelle de l'enfant a été obtenue ou si l'attestation de couverture médicale des parents a pu être récupérée, c'est un médecin généraliste libéral qui sera consulté.
- Si l'attestation de CMU n'a pas encore été obtenue, un RDV sera pris auprès de la PASS ou auprès du centre d'examen de santé de l'assurance maladie des Bouches-du-Rhône (CESAM 13) qui réalise des bilans de santé complets et gratuits à partir de 15 ans.
- Pour les filles, une consultation gynécologique peut être réalisée en cabinet libéral ou auprès d'un gynécologue de l'espace santé AP-HM. En l'absence de couverture médicale, une consultation au planning familial est possible.

- En cas de potentielle prise de risques liés aux comportements sexuels, une consultation au CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissible) est effectuée.
- En cas de problème psychologique, l'enfant peut consulter le psychologue de la maison ou du service dont il dépend. Il est également possible de consulter des psychologues auprès de la Maison des Adolescents (MDA), en cabinet libéral ou auprès de l'espace santé AP-HM.

Dans certaines structures de la DIMEF, un membre de l'équipe éducative est référent santé de la structure. Il sera alors en charge de tenir à jour le dossier médical de chaque enfant, ou encore de surveiller la bonne observance des traitements médicaux.

Un même médecin généraliste, praticien libéral, peut également parfois suivre tous les enfants d'une même structure. Les enfants et adolescents accueillis peuvent le consulter dans son cabinet privé mais également lors de la visite mensuelle qu'il effectue au sein de ces structures.

Sur l'ensemble des structures, l'équipe éducative se charge de prendre les rendez-vous médicaux nécessaires à la santé de l'enfant.

En cas de nécessité de consulter un médecin spécialiste ce sont les praticiens libéraux des alentours qui sont privilégiés.

Toutefois, certaines difficultés peuvent être rencontrées par les équipes encadrant les enfants concernant la santé, notamment la difficulté de faire respecter l'observance des traitements médicamenteux prescrits, les éducateurs n'ayant pas de formation paramédicale. Il arrive donc à certaines structures de faire appel à des infirmiers libéraux lorsqu'un enfant suit un traitement régulier, ou des soins ponctuels.

Les délais d'obtention d'une attestation de CMU peuvent parfois être longs, jusqu'à quelques mois. Cela peut poser problème pour l'accès et le suivi de soins de certains enfants, les structures de la DIMEF réalisant la plupart du temps un accueil d'urgence qui n'est pas censé durer plus de 3 mois.

4.2. Santé bucco-dentaire

La visite médicale d'entrée au sein d'un foyer de la DIMEF ne comprend pas d'examen bucco-dentaire systématique. Cependant le dossier médical standardisé proposé aux chefs de service comprend une rubrique « dentaire » permettant au médecin généraliste réalisant la première visite la liberté de noter la nécessité ou les demandes/plaintes de l'enfant afin de consulter un chirurgien-dentiste.

Le bilan complet et gratuit réalisé par le CESAM 13 pour les adolescents à partir de 15 ans comprend en revanche un examen bucco-dentaire réalisé par un chirurgien-dentiste.

Pour les enfants en attente d'ouverture des droits CMU nécessitant de manière urgente des soins dentaires, ce sont les urgences du Pôle Odontologie de la Timone qui sont privilégiées.

Pour les enfants sans couverture médicale, les permanences d'accès aux soins (PASS) dentaires sont sollicitées.

Le recours aux soins dentaires pour les autres enfants se fait auprès de chirurgiens-dentistes en cabinet libéraux et non loin des structures. Par ailleurs, certains enfants continuent leur suivi chez leur chirurgien-dentiste habituel.

Comme cité précédemment, certains délais d'obtention de la CMU peuvent retarder la prise en charge odontologique. Des refus de soins ont pu être observés de la part des chirurgiens-dentistes pour les enfants s'étant présentés sans couverture sociale. En cela des partenariats se sont créés entre des praticiens libéraux ou des centres dentaires privés et des structures d'accueil de la DIMEF. Le but de ces partenariats écrits est de s'engager auprès des chirurgiens-dentistes à régulariser les droits des hébergés dès obtention de l'attestation de CMU.

D'autre part, la prise en charge des mineurs au Pôle Odontologie de la Timone peut s'avérer compliquée. Chaque mineur doit être accompagné par un éducateur spécialisé qui est alors absent de la structure pour parfois une demi-journée suivant la longueur des soins ce qui complique l'organisation des structures d'accueil.

III. Étude sur l'accès aux soins odontologiques et l'état bucco-dentaire des résidents de la DIMEF dans les Bouches-du-Rhône

1. Intérêts et justification de l'étude

L'accès aux soins est un enjeu de santé publique majeur et les soins odontologiques peuvent parfois être délaissés dans une approche globale de la santé. Malgré une nette amélioration de la santé bucco-dentaire des enfants ces 20 dernières années, des inégalités sociales de recours aux soins et de santé persistent (25). Les enfants et adolescents placés auprès de l'Aide Sociale à l'Enfance représentent une population d'autant plus vulnérable, qu'ils ont été dans une situation de carence éducative voire en situation de précarité.

Les études concernant la santé bucco-dentaire et l'accès aux soins odontologiques des jeunes placés en foyers collectifs sont quasi-inexistantes dans la littérature.

Ainsi, le recueil d'informations concernant la santé et l'accès aux soins bucco-dentaires semblent être une approche intéressante pour nous renseigner plus précisément sur les politiques bucco-dentaires à mettre en œuvre au niveau départemental et plus largement au niveau national afin d'améliorer la prise en charge et la protection de cette population.

Cette étude avait ainsi pour objectif de relever des données concernant l'accès aux soins et l'état bucco-dentaire des enfants et adolescents accueillis dans les structures de la DIMEF dans les Bouches-du-Rhône.

2. Matériels et méthodes

Cette étude est une étude observationnelle prospective transversale.

La population cible était composée de filles et de garçons résidents au sein des maisons de la DIMEF des Bouches-du-Rhône âgés de 10 à 17 ans afin de recueillir une certaine homogénéité et représentativité de la population étudiée.

L'enquête sur l'accès aux soins a été réalisée sous la forme d'un questionnaire adressé aux enfants et adolescents concernant leurs droits, leur état de santé générale, leur ressenti face aux soins dentaires et l'évaluation de leur état de santé bucco-dentaire par le biais d'un dépistage.

Après anonymisation, les variables individuelles de droits et de couverture sociale et les données épidémiologiques et cliniques ont été recensées :

- Variables individuelles et épidémiologiques : âge, sexe, antécédents médicaux et chirurgicaux, traitements, facteurs et comportements à risques
- Variables issues de l'accès aux soins : type de droits, de couverture sociale, de freins ou de recours aux soins ayant été reçus/proposés antérieurs au début de cette étude, de perception de l'état de santé générale et bucco-dentaire...
- Variables issues de l'examen de dépistage : indice CAO, type de prise en charge ayant été effectuée, connaissances en matière de prévention bucco-dentaire...

L'indice CAO comptabilise le nombre de dents cariées (C), absentes (A) et obturées (O). Il est un indicateur synthétique de l'état de santé bucco-dentaire qui permet d'évaluer et de suivre l'évolution de la santé bucco-dentaire au sein d'une population (26). Il est systématiquement utilisé et reconnu au niveau international et constitue un marqueur fréquemment utilisé pour souligner les inégalités sociales de santé (1).

2.1. Objectifs et critères de jugement

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le niveau d'accès aux soins et l'état de santé bucco-dentaire des jeunes accueillis dans les foyers de la DIMEF dans les Bouches-du-Rhône.

Les objectifs secondaires étaient, en plus de trouver des mesures permettant d'améliorer la prise en charge et le suivi de cette population, d'évaluer :

- En termes d'accès aux soins :
 - Les partenariats, circuits de soins, référents santé déjà existants pour cette population en termes de structures d'accueil et de prise en charge en soins bucco-dentaires ;
 - Les contraintes administratives et légales en matière de couverture sociale et de droits pouvant restreindre l'accès aux soins de cette population ;
 - Les freins sociaux et psychologiques contraignant l'accès et le recours aux soins.
- En termes d'état de santé bucco-dentaire :
 - Les besoins de prévention et de soins chez cette population et les possibles circuits de prises en charge à privilégier ;
 - La proportion d'actions de prévention et de soins bucco-dentaires reçus par cette population en regard des réels besoins ressentis et en regard de la population générale ;
 - Le passé médical et bucco-dentaire propre à chaque résident ;
 - Les conseils en termes de santé bucco-dentaire à apporter et adapter à cette population afin de renforcer ou mettre en place des mesures de prévention pérennes.
- Les différences en termes d'accès et d'état de santé bucco-dentaires des résidents entre les différentes maisons de la DIMEF et selon les tranches d'âges.
- Les besoins propres à chaque population spécifique au sein des maisons de la DIMEF.

2.2. Critères d'inclusion et de non inclusion

Critère d'inclusion :

- Les résidents des maisons de la DIMEF des Bouches-du-Rhône âgés de 10 à 17 ans acceptant de prendre part à l'étude.

Critères de non inclusion :

- Les enfants âgés de moins de 10 ans en raison de leur possible difficulté de compréhension du questionnaire. Ce dernier concernait leur état de santé actuel et passé.
- Les mineurs non accompagnés de par la difficulté à connaître leur état de droits en termes de santé avant leur arrivée en France, et également quant à de possibles problèmes de communication.
- Les arrivées récentes en raison des difficultés administratives et organisationnelles que cela représentait.

Critères d'exclusion :

- Les enfants n'ayant pas souhaité répondre à l'ensemble des questions ou refusant l'examen de dépistage bucco-dentaire.

2.3. Déroulement de l'étude

La directrice de la DIMEF, Mme Mélanie SANCHEZ, a été contactée par e-mail pour organiser une rencontre. Un rendez-vous, en présence du Dr Olivier BERNARD, chef du service PMI, a eu lieu lors duquel les modalités de l'étude et d'autorisation ont été précisées.

Une fois le projet d'étude finalisé, il a été envoyé par e-mail avec exemplaire du questionnaire à l'ensemble des chefs de service de la DIMEF dont les structures étaient concernées par l'étude.

Les chefs de service ont ensuite été contactés par voie téléphonique dans le but de répondre à leurs questions sur l'étude et de fixer des dates de rencontres.

Selon les cas, la première rencontre a été sous forme d'un rendez-vous avec le chef de service, d'une réunion avec le chef de service et son équipe, ou directement la réalisation des questionnaires et dépistages auprès des résidents.

Dans deux foyers, le médecin généraliste référent était présent sur la structure au moment des questionnaires. Dans l'ensemble des foyers, les éducateurs présents ont facilité le déroulement de l'étude en la proposant aux résidents répondant aux critères d'inclusion et de non inclusion.

Dans la majorité des cas, les questionnaires ont été réalisés entre le moment de la « sortie d'école » et l'heure du dîner.

Le recueil des données a toujours suivi le même schéma :

- Les jeunes se sont présentés aux séances organisées avec l'accord des responsables ;
- L'étude a été expliquée et la signature du consentement de soins et de participation à la recherche réalisé lors de l'arrivée du résident a été vérifiée ;
- Les données administratives et médicales individuelles disponibles au sein de chaque foyer de la DIMEF ont été recueillies ;
- Le questionnaire a ensuite été réalisé ;
- Puis l'examen de dépistage bucco-dentaire a été effectué à l'aide d'un kit de consultation bucco-dentaire jetable (sonde, précelle, miroir).

L'ensemble des données recueillies ont ensuite été traitée et analysée statistiquement (logiciel R).

Le questionnaire a été conçu dans l'optique d'être soumis aux résidents et peut se diviser en quatre parties (voir Annexe 1) :

- Questions sur l'identité de chaque participant, son placement et sa couverture santé
- Questions sur son état de santé général et son ressenti sur l'accès aux soins
- Questions sur la perception qu'il a de son état bucco-dentaire et l'accès aux soins bucco-dentaires
- Tableau récapitulatif de l'examen dentaire.

3. Résultats

3.1. Identité des participants, type de placement et couverture santé

Au total, 32 individus ont été inclus dans l'étude au sein de 7 des 13 services de la DIMEF (Tableau 2).

L'âge moyen des participants était de 14,5 ans {10 – 17} avec un sex ratio H/F de 1,13/1 (17 garçons et 15 filles).

26 participants (81,25 %) étaient de nationalité française. Les autres participants (n=6 ; 18,75 %) étaient de nationalités albanaise, algérienne, espagnole, italienne et marocaine.

2 des 6 résidents de nationalité étrangère étaient nés sur le territoire français. Les 4 autres étaient arrivés en France depuis 2 mois à 7 ans.

Structure d'accueil	Nombre de participants	Pourcentage
Lys	2	6,25 %
Noisetiers	4	12,5 %
Vallence	3	9,375 %
La Penne-sur-Huveaune	5	15,625 %
Salon	7	21,875 %
Septèmes	5	15,625 %
Vitrolles	6	18,75 %
Total	32	100,00 %

Tableau 2 : Répartition des participants dans les différentes structures

Au moment de la réalisation du questionnaire, les individus étaient présents sur leurs structures depuis 2,77 mois en moyenne. L'arrivée la plus récente datait d'une semaine et la plus ancienne de 12 mois. 78,13 % (n=25) des résidents étaient présents sur leur structure depuis 3 mois ou moins.

Le placement de l'ensemble des participants (n=32) faisait suite à une décision judiciaire (OGP/OPP).

Les raisons de placement :

Les raisons ayant mené les enfants et adolescents à être placés ont été regroupées en 8 catégories (Figure 4).

Les **conflits familiaux** ont été la raison du placement la plus retrouvée lors de l'étude et concernaient 10 des participants (31,25 %). Dans 3 de ces 10 cas, les conflits ont mené à une mise à la porte du domicile familial du jeune. C'est ensuite la **carence éducative** (n=8 ; 25 %) qui est le plus souvent retrouvée comme raison du placement. La **maltraitance** a été la cause du placement de 7 des participants (21,875 %). Les **violences sur ascendant** ont été à l'origine du placement pour 2 des participants (6,25 %). Deux individus (6,25 %) ont été placés suite au **décès d'un de leurs parents**. La **fugue** d'un jeune (3,125 %) a causé son placement, un autre a été placé suite à l'**hospitalisation d'un de ses parents** et le **délaissement** par ses parents a entraîné le placement du dernier.

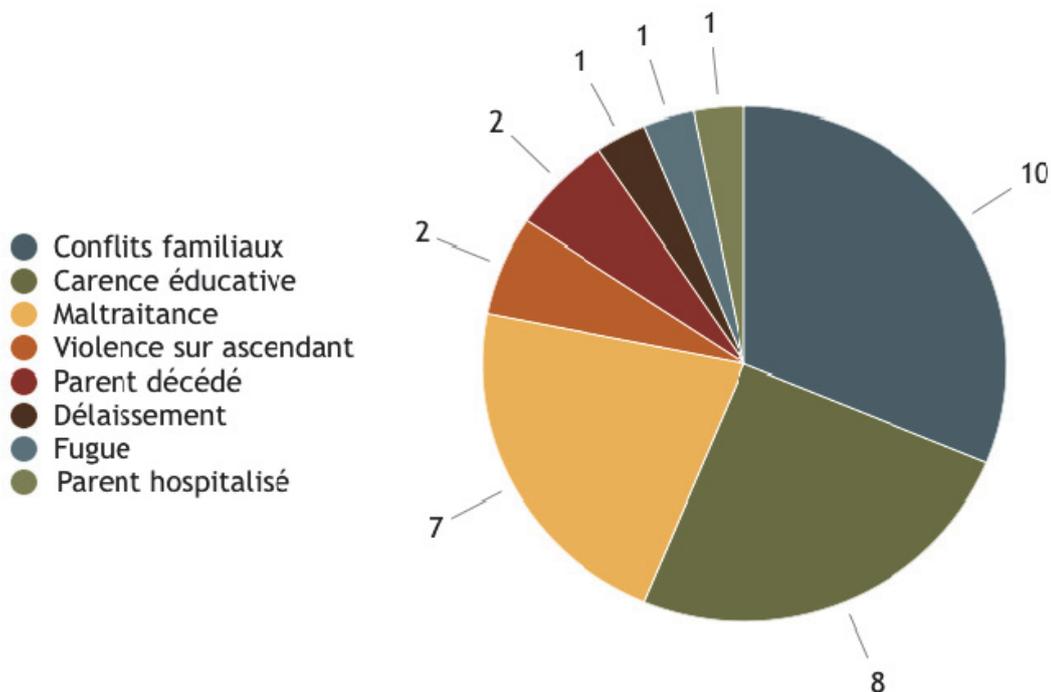


Figure 4 : Raisons du placement

Les droits parentaux :

Dans 13 cas (40,625 %), les parents n'avaient **aucun droit de visite** (Figure 5). Pour 10 individus (31,25 %), les parents avaient un **droit de visite accordé seulement en présence d'une tierce personne**. Le droit de visite accordé a pu être mis en place de manière irrégulière, une fois par semaine, une fois tous les quinze jours ou encore une fois par mois. Le **droit d'hébergement** était accordé aux parents de 5 individus (15,625 %) et s'effectuait généralement le week-end. Le **droit de sortie** a été accordé pour 3 individus (9,375 %) et était effectué à un rythme d'une fois par semaine à une fois par mois. Le **droit de visite libre** ne concernait que 2 des participants (3,125 %).

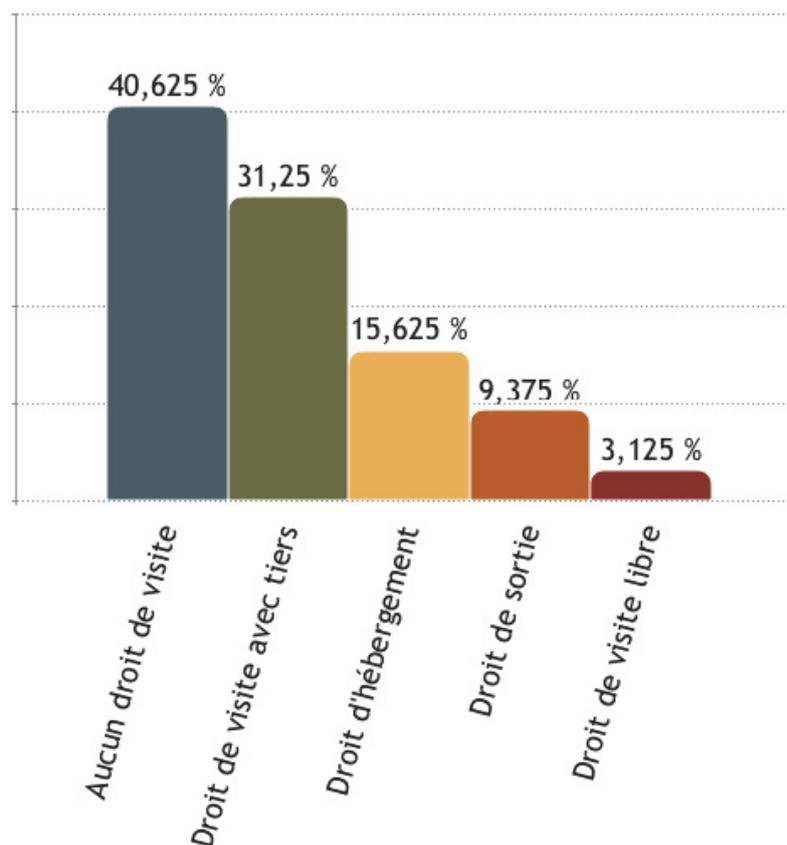


Figure 5 : Droits parentaux

Couverture sociale :

La majorité des participants (n=30 ; 93,75 %) bénéficiait de la **CMU-C**. Parmi ceux-là, 7 étaient **en attente d'attestation**.

2 individus (6,25 %) étaient déclarés encore **sous le régime de couverture parental** (régime général de la sécurité sociale).

Niveau scolaire et situation professionnelle :

Parmi les participants, 19 étaient **scolarisés** (59,375 %) de la manière suivante (Figure 6) : 11 au **collège** (34,375 %), 6 au **lycée** (18,75 %) et 2 à l'**école élémentaire** (6,25 %).

10 participants étaient **inactifs** (31,25 %) et 3 étaient en **formation professionnelle** (9,375 %).

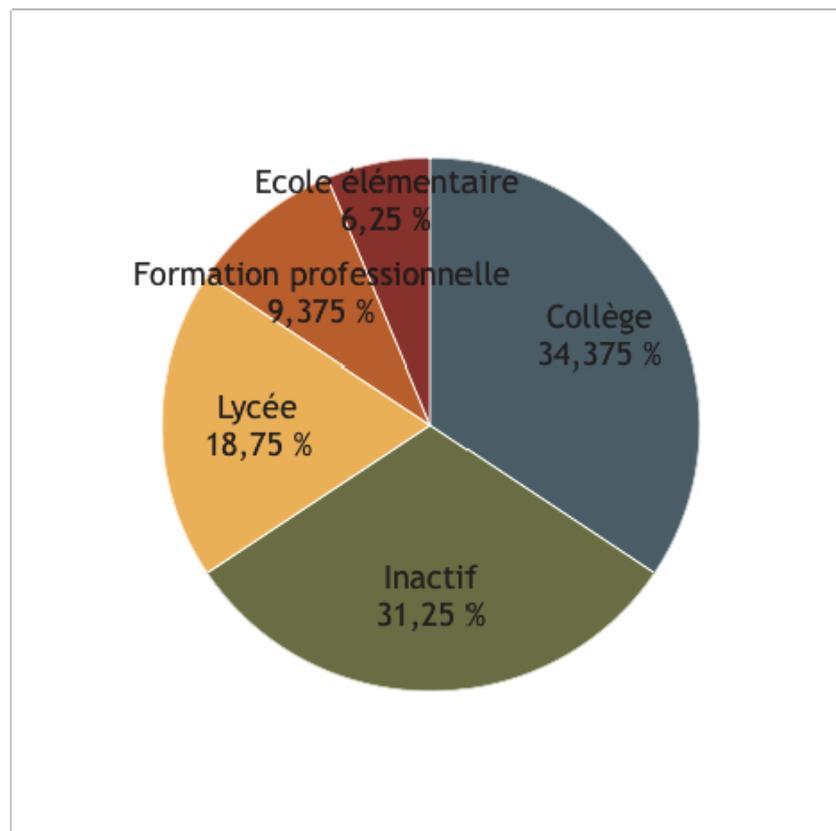


Figure 6 : Niveau scolaire des participants

3.2. État de santé général et ressenti sur l'accès aux soins

10 participants (31,25 %) avaient au moins un problème de santé dont 6 (18,75 %) avec des troubles psychiques.

11 individus (34,38 %) ont déclaré être **fumeurs**.

18 (56,25 %) ont déclaré avoir eu une **consultation médicale à leur arrivée dans la structure**.

9 participants ont déclaré avoir constaté une **dégradation de leur santé générale** depuis leur arrivée sur leur structure, soit 28,13%.

Les raisons invoquées ont été :

- le stress, la dépression ou l'isolement
- des bouffées de chaleurs
- une oreille bouchée de manière chronique
- une perte de poids
- une blessure suite à un accident avec un autre enfant
- de la toux
- des maux de ventre

3.3. Perception de l'état de santé bucco-dentaire et accès aux soins

28 participants (87,5 %) avaient **déjà consulté un dentiste** avant leur prise en charge par la DIMEF (Figure 7). Ils avaient pu bénéficier de soins dentaires conservateurs, prothétiques, orthodontiques, d'avulsions et de détartrages.

Parmi ceux **n'ayant jamais consulté de dentiste** (n=4 ; 12,5%), 3 (9,375 %) déclaraient ne pas en avoir eu besoin et 1 individu (3,125%) déclara ne pas avoir pu en bénéficier par absence de couverture médicale.

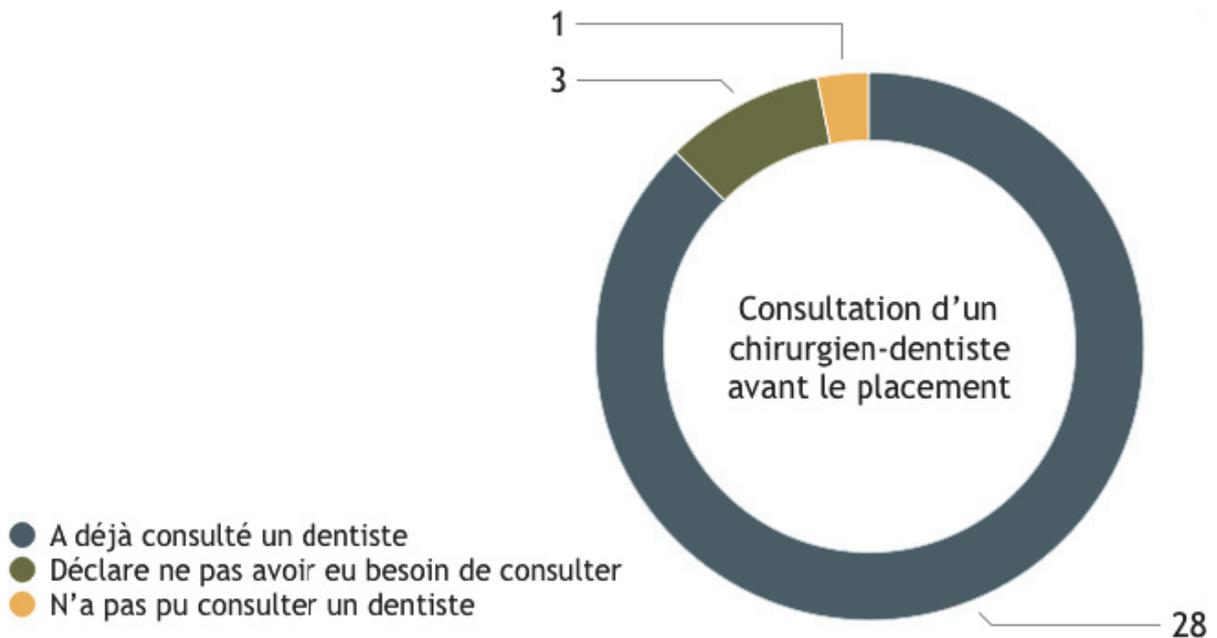


Figure 7 : Accès aux soins bucco-dentaire avant le placement auprès de la DIMEF

93,75 % des participants (n=30) ont déclaré ne pas avoir eu de **consultation avec un chirurgien-dentiste à leur arrivée dans leur structure** d'hébergement. Les jeunes ayant eu une consultation à leur arrivée (n=2 ; 6,25%) ont pris rendez-vous de leur propre initiative ou sur indication du médecin généraliste ayant réalisé la consultation médicale d'entrée.

9 participants (28,13 %) ont déclaré avoir constaté une **dégradation de leur état de santé bucco-dentaire** depuis qu'ils sont pris en charge par la DIMEF. 8 des 9 raisons relevées concernait des douleurs ou fractures dentaires. La dernière raison était la constatation d'une coloration dentaire.

Parmi ceux ayant déclaré une dégradation de leur santé bucco-dentaire, plus de la moitié (n=5 ; 55,6 %) avaient pu avoir une consultation avec un dentiste ou avaient un rendez-vous de prévu. Un tiers (n=3) n'avaient pas demandé à l'équipe éducative de prendre rendez-vous malgré la constatation d'une dégradation. Un refus de soin (11,1%) a été observé de la part d'un centre de soins dentaires suite à une facture non réglée par les parents de l'intéressé.

Sur l'ensemble des participants, 28,125 % (n=9) **avaient consulté un dentiste** depuis qu'ils étaient hébergés au sein des foyers de la DIMEF. Toutes les consultations ont eu lieu auprès de praticiens libéraux.

Parmi les 23 autres individus (71,875 %) n'ayant pas consulté de dentiste depuis leur prise en charge au sein de la DIMEF, 18 déclaraient ne pas en avoir ressenti le besoin, 2 rapportaient ne pas avoir demandé à prendre rendez-vous, 1 autre déclarait pourtant avoir fait la demande auprès de l'équipe éducative, 1 énonçait avoir essuyer un refus auprès d'un centre dentaire et enfin 1 dernier rapportait ne pas pouvoir consulter un dentiste car en attente de CMU.

Un seul résident déclarait donc avoir rencontré une barrière liée à sa couverture sociale sur les 7 en attente de CMU.

Brossage quotidien :

Concernant la fréquence de brossage quotidien, 23 participants (71,875 %) ont déclaré se brosser les dents 2 fois par jour ou plus, 8 (25 %) se brossaient les dents une fois par jour et un interrogé (3,125 %) a déclaré ne jamais réaliser ce geste d'hygiène.

Les réponses obtenues sur la perception de l'état de santé bucco-dentaire de chaque individu ont été rassemblées en 6 catégories (Figure 8) :

13 participants (40,625 %) ont déclaré considéré leur état de santé bucco-dentaire comme « normal », 7 (21,875 %) comme plutôt « bon », 7 comme « moyen » et 3 (9,375 %) l'ont déclaré « mauvais ». Un jeune (3,125 %) a évoqué des malpositions dentaires et un autre une impression d'halitose.

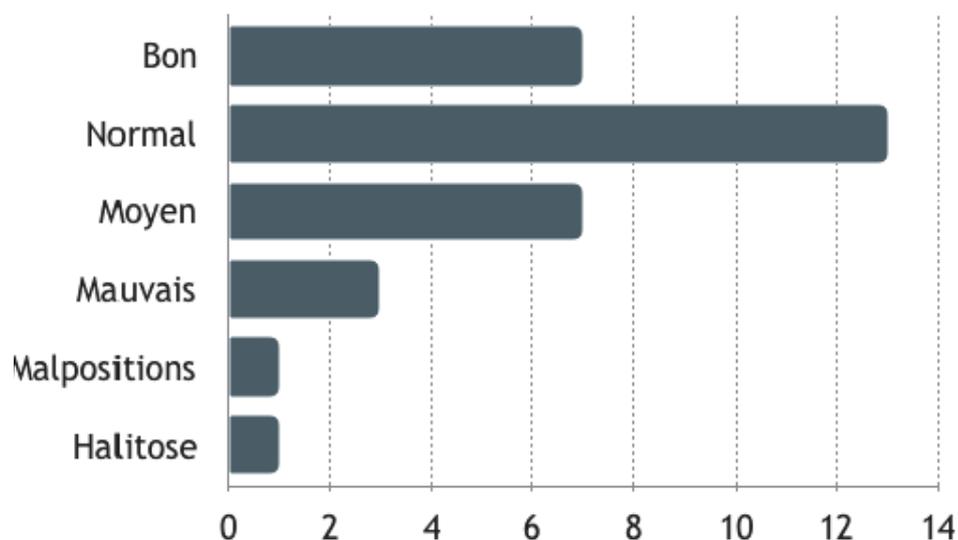


Figure 8 : Perception de l'état de santé bucco-dentaire de chaque individu

18 participants (56,25 %) **déclaraient faire attention à leur santé bucco-dentaire** (Tableau 3). Parmi les 14 (43,75 %) **déclarant ne pas y prêter attention**, les motifs invoqués ont été à chaque fois les suivants :

- Le manque de temps
- Le manque d'intérêt
- La consommation de tabac
- Les oublis de brossage

Portez-vous attention à votre état de santé bucco-dentaire ?

	OUI	NON	Total
Filles	53,33 % (n=8)	46,67 % (n=7)	46,88 % (n=15)
Garçons	58,82 % (n=10)	41,18 % (n=7)	53,12 % (n=17)
Total	56,25 % (n=18)	43,75 % (n=14)	100 % (n=32)

Tableau 3 : Attention portée à la santé bucco-dentaire en fonction du sexe

Tous les participants sauf un (n=31 ; 96,9 %) ont cependant déclaré qu'il était important d'avoir une bonne santé bucco-dentaire.

3.4. État de santé bucco-dentaire

Le **CAO individuel** a pu être évalué sur 31 individus. Un seul participant n'a pas accepté l'examen bucco-dentaire en déclarant ne pas aimer le dentiste.

L'**indice CAO moyen** de l'échantillon étudié est de 2,5 {0 – 16} avec une médiane à 1.

8 des participants (25,81 %) étaient indemnes de caries présentes ou passées (soit CAO=0). 61,29 % (n=19) présentaient au moins une carie non soignée au moment de l'examen et étaient donc en besoin de soins.

Le CAO moyen était légèrement inférieur chez les filles que chez les garçons (2,4 contre 2,6). Un tiers des filles (n=5) étaient indemnes de caries contre 18,65 % (n=3) des garçons.

L'indice CAO était sensiblement plus faible au plus les individus étaient jeunes (Figure 9).

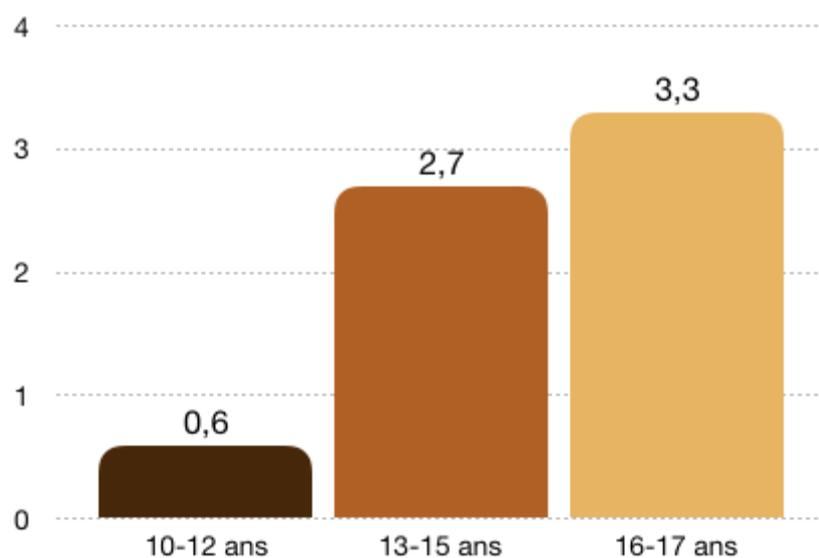


Figure 9 : Indice CAO en fonction de la tranche d'âge

L'indice CAO des filles était toujours inférieur à celui des garçons, excepté pour la tranche d'âge 16-17 ans (Figure 10).

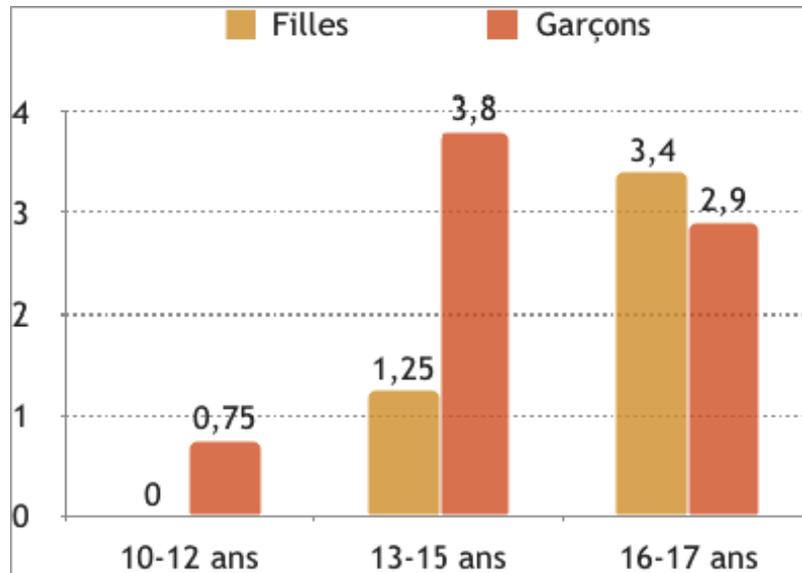


Figure 10 : Indice CAO en fonction de la tranche d'âge et du sexe

L'indice CAO présentait des différences notables en fonction de la structure d'hébergement (Figure 11) et de la raison de placement (Figure 12).

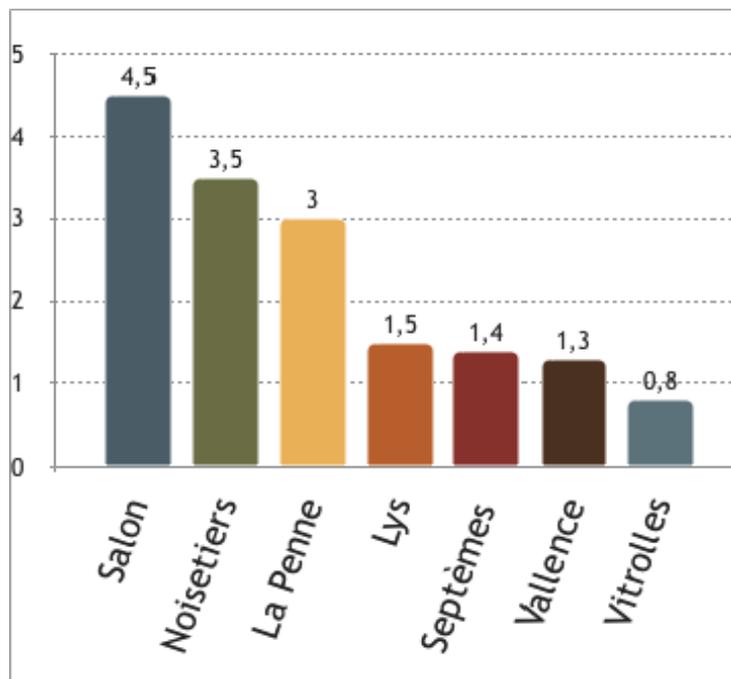


Figure 11 : Indice CAO en fonction de la structure d'accueil

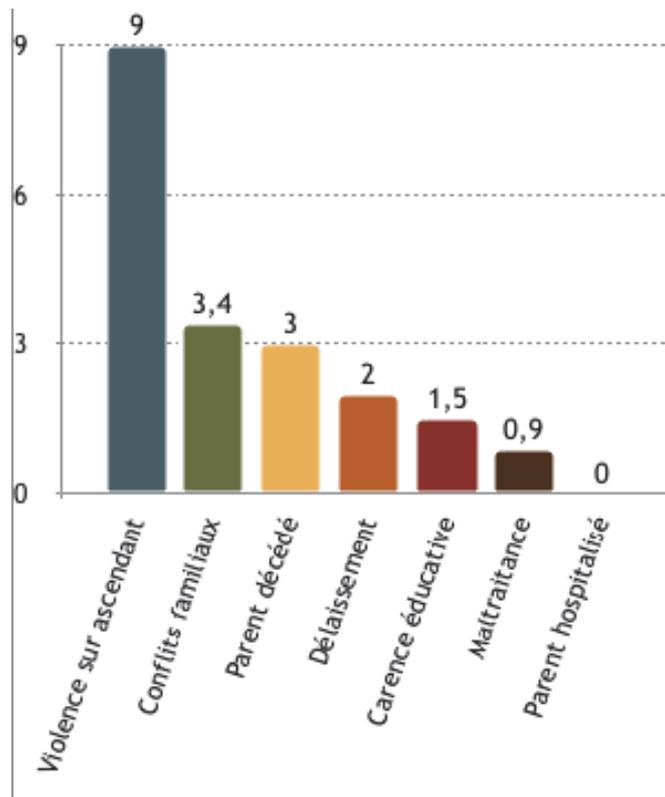


Figure 12 : Indice CAO en fonction de la raison du placement

L'indice CAO était deux fois plus élevé chez les résidents inactifs que chez ceux qui étaient scolarisés ou en formation (Figure 13).

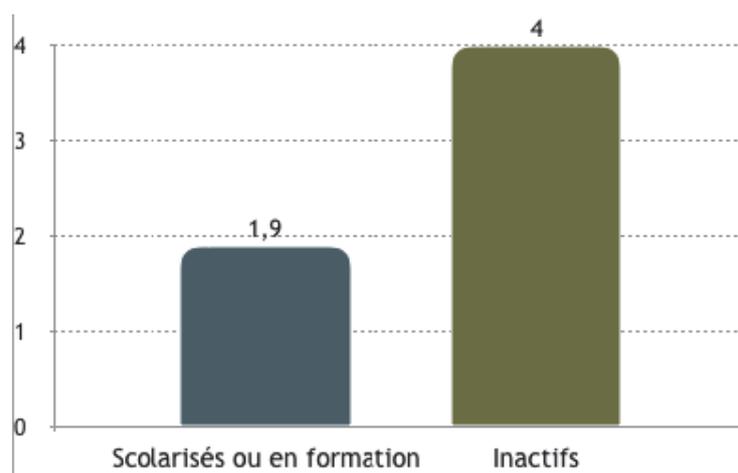


Figure 13 : Indice CAO en fonction du statut scolaire

Enfin, l'indice CAO était plus important chez les fumeurs (1,6 fois plus élevé ; Figure 14) et augmentait avec la diminution du nombre de brossages quotidiens (Figure 15).

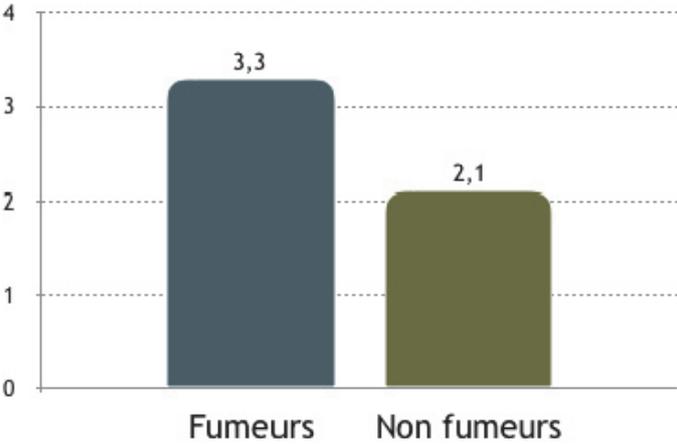


Figure 14 : Indice CAO en fonction du tabagisme

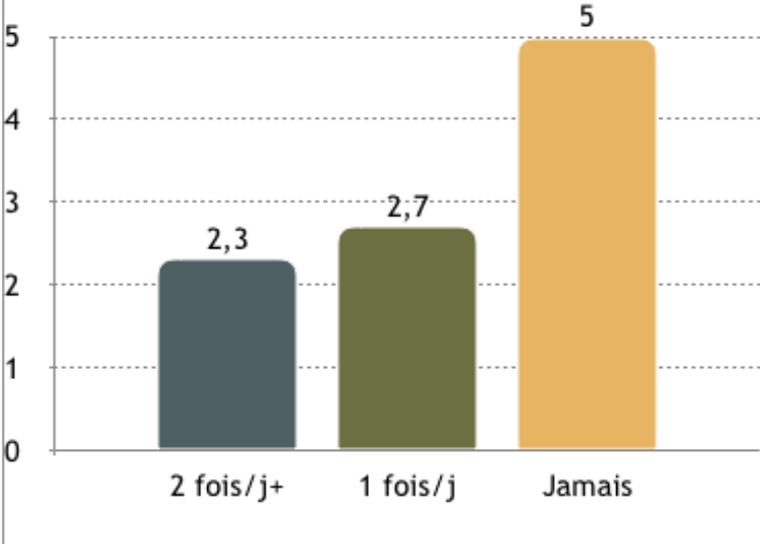


Figure 15 : Indice CAO en fonction de la fréquence de brossage

Soins à réaliser :

La majorité des résidents examinés (n=17 ; 54,84 %) nécessitaient des **soins conservateurs** accompagnés ou non d'un détartrage (Figure 16). 6 des participants (19,36 %) n'avaient **besoin d'aucun soin** et 4 (12,90 %) nécessitaient uniquement un **détartrage**. Seulement 2 enfants (6,45 %) nécessitaient des **extractions**. Et enfin, 2 participants devaient bénéficier d'un **suivi orthodontique**. Soit 25 individus (80,6 %) en besoin de soins.

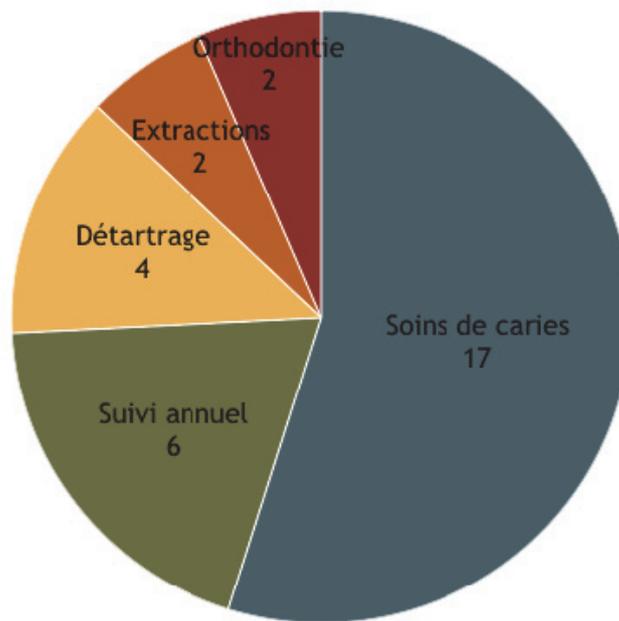


Figure 16 : Soins à réaliser

A la suite de l'examen dentaire, 93,55 % (n=29) des participants ont déclaré être prêts à effectuer les soins nécessaires (ou le suivi bucco-dentaire).

3.5. Recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé sans aucune difficulté dans la plupart des cas (n=28, 87,5 %). Il a été plus compliqué avec 3 résidents (9,4 %) : un questionnaire a été réalisé en anglais et deux autres résidents présentaient des difficultés de compréhension. Et enfin, un questionnaire était incomplet (3,1 %) car l'individu interrogé a refusé l'examen bucco-dentaire.

4. Discussion

4.1. Identité des participants, type de placement et couverture santé

La DIMEF a une vocation d'urgence et a pour but de réorienter les mineurs dans une durée n'excédant pas 3 mois (23). Ceci s'est retrouvé auprès de l'échantillon avec 78,13 % des jeunes accueillis depuis 3 mois ou moins et une durée moyenne d'hébergement de 2,77 mois.

Cependant, la part de mineurs hébergés depuis plus de 3 mois n'est pas négligeable (21,87 %) et peut s'expliquer par des difficultés de réorientation, par exemple par manque de place dans les structures d'hébergement à moyen et long termes telles que les MECS (Maisons d'Enfants à Caractère Social) ou les familles d'accueil.

A chaque structure de la DIMEF correspond un type précis de population (âge, genre...), avec une organisation différente. Il paraît donc impossible de comparer ces structures en fonction de l'indice CAO des mineurs accueillis.

Dans cette étude, l'ensemble des placements faisait suite à une décision judiciaire (OGP/OPP). Aucun individu n'était placé suite à une mesure administrative (Accueil provisoire ou accueil provisoire de jeune majeur). Cela s'explique car ce type de mesure ne constitue pas une priorité dans le dispositif d'accueil d'urgence.

Il paraît difficile d'interpréter et de mettre en corrélation les différentes raisons de placement de ces individus avec leurs indices CAO. En effet, chaque raison de placement a ses propres déterminants et entraîne ses propres complications de type éducatives et sociales. Il nous paraît ainsi déraisonnable et malvenu de chercher à les comparer.

La majorité des parents n'avaient aucun droit de visite (plus de 40 %). Ce chiffre est à modérer car le droit de visite est décidé par le juge des enfants dans le mois après l'arrivée en urgence. Aucun lien n'a pu être établi entre les droits parentaux et la santé bucco-dentaire des enfants.

Les participants bénéficiaient en majorité (78,13 %) d'une couverture maladie. Ceux qui n'étaient pas couverts étaient en attente de leur attestation de CMU-C. Ils étaient au nombre de 7 et un déclarait ne pas avoir pu consulter un dentiste par manque de couverture sociale, un autre avait un RDV prévu et les autres ne ressentaient pas le besoin de consulter. Le délai d'obtention des attestations CMU-C peut être un frein à l'accès aux soins en fonction du bon vouloir des professionnels de santé d'effectuer des soins sans rémunération immédiate et de la possibilité ou non des structures d'accueil de payer les frais de santé.

31,25 % des participants étaient sans activité scolaire ou professionnelle et leur indice CAO était très nettement supérieur à celui des autres résidents (indice CAO de 4 contre 1,9).

Ces individus n'étant ni scolarisés, ni dans de leur milieu familial, la prévention et la transmission de notions d'éducation à la santé reposent uniquement sur l'équipe de la structure qui ne comprend aucun personnel soignant.

Le taux élevé d'inactifs peut s'expliquer dans certains cas en raison de l'éloignement du lieu de placement par rapport au lieu de scolarisation initial. Cependant la déscolarisation peut aussi être un signe de désocialisation liée à la précarité sociale et/ou aux troubles du comportement, qui sont des facteurs de risque d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

4.2. État de santé général et ressenti sur l'accès aux soins

Dans cette étude, il est intéressant de constater que malgré le jeune âge des individus, 31,25 % avaient un problème de santé et 28,13 % déclaraient avoir constaté une dégradation de leur état de santé générale. Ce dernier chiffre est peut-être minoré par la perception de la santé parfois modifiée que peuvent avoir les enfants placés. Plus de la moitié des participants (n=17 ; 53,13 %) avaient un problème de santé et/ou constaté une dégradation de leur état de santé ce qui semble indiquer une réelle précarité de cette population en termes de santé.

Une visite médicale doit être réalisée dans les 15 jours suivants l'arrivée à la DIMEF, cependant seulement 56,25 % des jeunes accueillis ont déclaré avoir eu une visite médicale à leur arrivée. Aux vues des résultats sus-cités concernant l'état de santé général des résidents, il paraît très important et nécessaire de réaliser la visite médicale prévue malgré les difficultés organisationnelles qui peuvent être rencontrées.

11 individus (34,38%) ont déclaré être fumeurs malgré leur jeune âge et leur indice CAO était nettement supérieur (1,6 fois plus élevé) à celui des non-fumeurs. Cette tendance confirme le lien entre tabac et mauvais état de santé bucco-dentaire et interpelle sur la nécessité d'accentuer les mesures de prévention anti-tabac, notamment auprès de cette population adolescente, aux répercussions tout au long de leur vie d'adulte.

4.3. Perception de l'état de santé bucco-dentaire et accès aux soins

93,75 % des participants n'ont pas eu de consultation avec un dentiste à leur arrivée, ce qui est cohérent en raison de l'absence de mise en place systématique d'un examen bucco-dentaire.

Plus d'un quart des participants ont cependant constaté une dégradation de leur état de santé bucco-dentaire et le dépistage a révélé que 19 résidents présentaient au moins une carie non soignée et étaient donc en besoin de soins.

En comparaison, 20 individus déclaraient ne pas avoir besoin de consulter un dentiste ou ne pas l'avoir demandé alors que seulement 6 résidents ne nécessitaient aucun soin dentaire.

Cela révèle clairement que les résidents ont une perception erronée de leur état de santé bucco-dentaire et que des mesures de prévention sont nécessaires.

A la lumière de ces résultats, il pourrait être intéressant de rediscuter de la nécessité de réalisation d'un examen bucco-dentaire à l'arrivée des résidents et de la nécessité de mise en place d'un suivi, malgré toutes les contraintes organisationnelles et administratives qu'une telle mesure demande.

Près de la totalité des participants (n=31 ; 96,9 %) déclaraient tout de même se brosser les dents au moins quotidiennement.

Une augmentation de l'indice CAO est observée dans notre échantillon avec la diminution de la fréquence de brossage, ce qui souligne l'importance de cette mesure et d'un enseignement à l'hygiène orale.

A la question « Comment jugez-vous votre état de santé bucco-dentaire ? », une large majorité des participants (n=27 ; 84,4 %) avait un avis plutôt positif (« moyen », « normal » ou « bon »), alors que la majorité nécessitait des soins. Cela semble montrer un possible défaut en termes d'éducation et de préoccupation à la santé bucco-dentaire de cette population précaire et fragile devant déjà faire face à de nombreux autres problèmes sociaux et familiaux.

Près de 45 % des participants déclaraient ne pas prêter attention à leur santé bucco-dentaire, chiffre potentiellement minoré en raison du biais de réponse possible des individus à ce type de question « orientée » et directement en lien avec leur ressenti.

Ce chiffre est toutefois déjà élevé et peut s'expliquer par leurs parcours de vie, comme énoncé ci-dessus, ils peuvent avoir tendance à porter moins d'importance à leur état de santé en raison des nombreuses autres difficultés qu'ils rencontrent quotidiennement.

Il paraît donc important de renforcer et répéter les messages d'éducation à la santé et à l'hygiène bucco-dentaire pour cette population.

4.4. État de santé bucco-dentaire

L'indice CAO de l'échantillon étudié était de 2,5.

Il existe des données épidémiologiques concernant les enfants de 12 ans car en moyenne c'est à cet âge que les dents permanentes sont sur arcade (hors 3^e molaires). Cependant, il est difficile de trouver des données récentes. En 2006, selon une enquête de l'UFSBD réalisée en France à partir de fichiers de l'Éducation nationale sur des échantillons représentatifs nationaux, l'indice CAO moyen des enfants de 12 ans était de 1,23 et 56 % d'entre eux étaient indemnes de carie (27).

L'indice CAO calculé pour l'échantillon 10-12 ans de notre étude était de 0,6 soit étonnement bien inférieur. En revanche, la part d'enfants indemnes de carie (42,86 %) est inférieure aux chiffres de 2006.

Il existe peu d'études épidémiologiques concernant la santé bucco-dentaire des adolescents, cependant, dans ses Recommandations sur les Stratégies de la prévention de la carie datant de 2010 (26), la HAS évoque qu'entre 20 et 50 % des adolescents de 15 ans ou moins sont indemnes de caries. L'indice CAO moyen calculé chez cette même population était de 4 et 50 % des adolescents présentaient au moins une carie non soignée.

Dans notre échantillon, la part d'adolescents âgés de 15 ans ou moins et indemnes de carie est de 33,33 %. Le résultat obtenu semble être dans la moyenne des résultats nationaux.

L'indice CAO de notre échantillon des 13-15 ans est de 2,7, soit bien inférieur à celui de la population évoquée dans les Recommandations de la HAS en 2010.

Cependant, le nombre d'adolescents présentant au moins une carie non soignée est lui supérieur à celui évoqué par la HAS (55,56 % contre 50 %).

Une étude menée en 2005 auprès de 881 collégiens et lycéens du Val-de-Marne âgés de 10 à 18 ans (28) retrouvait 43,6 % d'individus avec une dent définitive atteinte d'une carie (soignée ou non) dont 21,7 % nécessitaient encore des soins.

Dans notre échantillon, 74,19 % avaient au moins une dent définitive atteinte d'une carie (soignée ou non) dont 61,29 % nécessitaient encore des soins.

La population étudiée, initialement considéré comme « à risque », paraît ainsi avoir un état de santé bucco-dentaire correct, avec un indice CAO parfois inférieur aux moyennes nationales selon la tranche d'âge concernée, notamment chez les plus jeunes. Il existe cependant un réel potentiel de dégradation avec un nombre d'individus avec carie(s) non soignée(s) élevé (n=19 ; 61,3 %), et supérieur pour toutes les tranches d'âges aux moyennes nationales et aux autres types de populations.

Dans cette étude, les facteurs de risque semblent être :

- l'âge : plus les individus étaient âgés, plus leur état de santé bucco-dentaire était dégradée ;
- le tabagisme, soulevant la nécessité de renforcer la prévention anti-tabac ;
- la déscolarisation et donc la désocialisation.

4.5. Biais et défauts du questionnaire

Un des défauts de cette étude est le faible nombre de participants, lié aux conditions de réalisation de cette étude, aux contraintes administratives mais également à la population présente dans chaque foyer au moment de l'étude.

En raison de ce faible nombre d'individus, l'ensemble des résultats retrouvés doit donc s'interpréter avec prudence, et ne peut être prouvé statistiquement, les conditions d'utilisations des différents tests statistiques n'étant pas remplies.

Il en va de même avec les comparaisons de l'indice CAO avec les moyennes nationales et pour les autres populations, les chiffres comparés n'étant donc en aucun cas équivalents mais permettant de donner une tendance.

Les structures d'accueil de la DIMEF sont limitées à l'accueil d'urgence ce qui constitue un autre biais par l'impossibilité de suivre les participants.

On trouve également les défauts inhérents liés à l'utilisation d'un questionnaire et ainsi le défaut d'objectivité dans la réponse des participants.

Il existe également un biais de recrutement issu des conditions d'entrée des individus dans les différentes structures de la DIMEF.

Conclusion

La population étudiée est jeune et vulnérable, elle doit faire l'objet d'une attention particulière concernant l'accès aux soins. L'enfance et l'adolescence sont souvent décrites comme des périodes de « fragilité » qui peuvent être à l'origine de difficultés rencontrées plus tard dans la vie adulte (4). Toutefois, il s'agit aussi de périodes « d'opportunité » : une action menée précocement auprès de l'enfant et de sa famille peut avoir un effet positif majeur.

Cette étude a montré, malgré le ressenti initial, un bon accès aux soins des mineurs hébergés au sein de la DIMEF, avec une bonne couverture maladie et un indice CAO équivalent voir inférieur à la population du même âge.

Cependant cette population, déjà précaire socialement et fragile médicalement, a un potentiel de dégradation important. Malgré un indice CAO correct, le nombre de résidents avec caries non soignées reste important et les participants ne semblaient pas avoir conscience de leur état de santé bucco-dentaire. Le nombre d'individus suivis par un dentiste était faible alors que la majorité d'entre eux bénéficiaient d'une couverture maladie.

Il est important de mettre en place des mesures de prévention pour l'éducation à l'hygiène bucco-dentaire, ainsi qu'un dépistage dans chaque structure par la mise en place d'un examen bucco-dentaire systématique. La répétition des messages de prévention est importante auprès de cette population afin de maintenir une bonne santé bucco-dentaire et ainsi éviter un facteur d'exclusion supplémentaire à l'entrée dans la vie active.

Il serait intéressant d'élargir cette étude à d'autres structures d'accueil de mineurs telles que les Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS) et à d'autres départements, pour avoir un échantillonnage plus important et une cartographie nationale des besoins de santé bucco-dentaires des jeunes confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

Annexes

**Questionnaire : Accès aux soins odontologiques et état de santé
bucco-dentaire en milieu précaire : exemple des foyers de la DIMEF
dans les Bouches-du-Rhône**

NOM : Prénom Âge : Sexe :
Nationalité : Si étranger, date d'arrivée en France :
Structure d'hébergement : depuis

Type de placement :

- Mesures judiciaires : Ordonnance de garde provisoire (OGP) ou Ordonnance de placement provisoire (OPP)
- Mesure administrative : Accueil provisoire (AP)
- Mesure administrative : Accueil pour jeune majeur (APJM)

Raison du placement :

Droits parentaux :

- Aucun droit de visite
- Droit de visite : - Libre - En présence d'un tiers
A quel rythme ?
- Droit de sortie. A quel rythme ?
- Droit d'hébergement. A quel rythme ?

Couverture sociale :

- Bénéficiaire de la CMU ou de la CMU-C
- Rattaché(e) au régime parental. Précisez :
- Rattaché(e) au régime général de la sécurité sociale
- Bénéficiaire d'une complémentaire santé
- Bénéficiaire de l'AME
- Bénéficiaire de l'ACS
- Autre :

Situation professionnelle :

- Ecolier(e)
- Collégien(ne)
- Lycéen(ne)
- En formation, précisez :
- Actif, précisez :
- Inactif

Avez-vous ou avez-vous eu un problème de santé ?

<input type="checkbox"/> Troubles cardiovasculaires :.....	<input type="checkbox"/> Allergies :.....
<input type="checkbox"/> Troubles rénaux :.....	<input type="checkbox"/> Troubles hormonaux :.....
<input type="checkbox"/> Troubles digestifs :.....	<input type="checkbox"/> Diabète :.....
<input type="checkbox"/> Troubles hépatiques :.....	<input type="checkbox"/> Troubles sanguins :.....
<input type="checkbox"/> Troubles nerveux :.....	<input type="checkbox"/> Problèmes osseux ou articulaires :.....
<input type="checkbox"/> Dépression :.....
<input type="checkbox"/> Troubles oculaires :.....	<input type="checkbox"/> Problèmes ORL :.....
<input type="checkbox"/> Troubles broncho-pulmonaires :.....	<input type="checkbox"/> Cancer :.....
.....	<input type="checkbox"/> Autres maladies, précisez lesquelles :.....
<input type="checkbox"/> Troubles cutanés :.....

Avez-vous eu une consultation médicale à votre arrivée dans la structure ? Oui Non

Depuis votre arrivée, avez-vous constaté une dégradation de votre état de santé général ?
Oui Non

Si oui, laquelle et pour quelles raisons ?.....
.....

Avant votre arrivée dans la structure, aviez-vous déjà été voir un dentiste ? Oui Non

Si oui, avez-vous déjà eu des soins ? Oui Non

Quels types de soins ?.....
.....

Si non, pourquoi ?.....
.....

Avez-vous eu un examen dentaire à votre arrivée ? Oui Non

Si oui, dans quelle structure ?

En cabinet privé En centre hospitalier Au sein de votre foyer

Autres :

Depuis votre arrivée, avez-vous constaté une dégradation de votre état de santé bucco-dentaire ? Oui Non

Si oui, laquelle et pour quelles raisons ?.....
.....

Avez-vous pu consulter un dentiste ? Oui Non

- Si oui, dans quelle structure ?
- En cabinet privé En centre hospitalier Au sein de votre foyer
- Autres :

Détaillez la prise en charge médicale qui vous a été prodiguée :

.....

- Si non, pour quelles raisons ?.....

.....

Combien de fois par jour vous brossez-vous les dents ?

- Jamais 1 fois/j 2 fois/j ou plus

Si jamais, pour quelles raisons ?.....

Comment jugez-vous votre état de santé bucco-dentaire ?.....

Portez-vous attention à votre état de santé bucco-dentaire ? Oui Non

Pourquoi ?.....

Vous paraît-il important d'avoir un bon état bucco-dentaire ? Oui Non

Examen dentaire

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

C : dent cariée
A : dent absente pour cause de carie
O : dent obturée

CAO =

A l'issue de cet examen, seriez-vous prêt à réaliser les soins nécessaires au niveau bucco-dentaire ? Oui Non

Recueil des données : *Facile* *Difficile* *Incomplet*
Pour quelles raisons ?

Table des illustrations

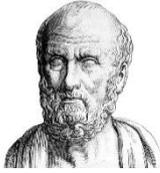
FIGURE 1 : TAUX DE PAUVRETE PAR COMMUNE DES BOUCHES-DU-RHONE EN 2012 SELON L'INSEE.....	5
FIGURE 2 : LES SERVICES DE LA DIMEF A MARSEILLE SELON LE PROJET D'ETABLISSEMENT 2013-2018 DE LA DIMEF	10
FIGURE 3 : LES SERVICES DE LA DIMEF DANS LES BOUCHES-DU-RHONE (HORS MARSEILLE) SELON LE PROJET D'ETABLISSEMENT 2013-2018 DE LA DIMEF	10
FIGURE 4 : RAISONS DU PLACEMENT	22
FIGURE 5 : DROITS PARENTAUX.....	23
FIGURE 6 : NIVEAU SCOLAIRE DES PARTICIPANTS	24
FIGURE 7 : ACCES AUX SOINS BUCCO-DENTAIRE AVANT LE PLACEMENT AUPRES DE LA DIMEF	26
FIGURE 8 : PERCEPTION DE L'ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DE CHAQUE INDIVIDU	28
FIGURE 9 : INDICE CAO EN FONCTION DE LA TRANCHE D'AGE	29
FIGURE 10 : INDICE CAO EN FONCTION DE LA TRANCHE D'AGE ET DU SEXE	30
FIGURE 11 : INDICE CAO EN FONCTION DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL	30
FIGURE 12 : INDICE CAO EN FONCTION DE LA RAISON DU PLACEMENT	31
FIGURE 13 : INDICE CAO EN FONCTION DU STATUT SCOLAIRE	31
FIGURE 14 : INDICE CAO EN FONCTION DU TABAGISME.....	32
FIGURE 15 : INDICE CAO EN FONCTION DE LA FREQUENCE DE BROSSAGE	32
FIGURE 16 : SOINS A REALISER.....	33
TABLEAU 1 : REPARTITION DE LA POPULATION ACCUEILLIE AU SEIN DES MAISONS ET SERVICES DE LA DIMEF	11
TABLEAU 2 : REPARTITION DES PARTICIPANTS DANS LES DIFFERENTES STRUCTURES.....	21
TABLEAU 3 : ATTENTION PORTEE A LA SANTE BUCCO-DENTAIRE EN FONCTION DU SEXE	28

Bibliographie

1. OMS. Rapport sur la cinquante-huitième session du Comité régional de l'Europe. 2008 Sept.
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017. 2017 Mai.
3. Cases C. Le rôle du système de soins. Institut National d'Études Démographiques. 2010 Nov.
4. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. 2017 Déc.
5. Direction des Opérations France de Médecins du Monde et Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France 2016. 2017 Oct.
6. Promouvoir la santé bucco-dentaire. Santé Homme. 2012 Janv;(417):52.
7. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. 1987 Fév.
8. INSEE. [cité 19 Déc 2018]. Définitions - Pauvreté monétaire / Seuil de pauvreté, [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1653>
9. INPES. [cité 23 Janv 2018]. ISS : Définition et concepts du champ, [Internet]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/definition.asp>
10. Potvin L, Moquet MJ, Jones CM. Réduire les inégalités sociales en santé. INPES, coll. Santé en action, 2010.
11. OMS. [cité 22 Déc 2017]. Santé bucco-dentaire, [Internet]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/fr/>
12. OMS. Glossaire de la promotion de la santé. 1999.
13. INSEE. Bouches-du-Rhône, croissance démographique et économique mais des signes de fragilité sociale. Insee Analyses PACA. 2016 Avr;(29).
14. Donzel A. Marseille : une métropole duale ? Faire Savoirs. 2005 Déc;(5).
15. Assurance Maladie. [cité 5 Mai 2018]. CMU-complémentaire, [Internet]. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/cmu-complementaire>

16. Assurance Maladie. [cité 5 Mai 2018]. Présentation de la protection maladie universelle, [Internet]. https://www.cmu.fr/protection_universelle_maladie_puma.php
17. Nombre de bénéficiaire de la CMU complémentaire par département en 2016. CNAMTS. 2017.
18. Nombre de bénéficiaire de l'ACS par département en 2016. CNAMTS. 2017.
19. Assurance Maladie. [cité 5 Mai 2018]. Situation irrégulière-AME, [Internet]. <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/situations-particulieres/situation-irreguliere-ame>
20. ARS. [cité 5 Mai 2018]. Les permanences d'accès aux soins de santé – National, [Internet]. <https://www.ars.sante.fr/les-permanences-dacces-aux-soins-de-sante-0>
21. Politique de la Ville - Métropole Aix-Marseille-Provence. [cité 6 Janv 2019]. ASV général, [Internet]. <http://www.polvillemarseille.fr/asvgeneral.htm>
22. Département des Bouches-du-Rhône. [cité 22 Déc 2017]. La DIMEF, [Internet]. <https://www.departement13.fr/le-13-en-action/enfancefamille/les-lieux/direction-des-maisons-de-lenfance-et-de-la-famille/>
23. DIMEF. Projet d'établissement 2013-2018. 2013.
24. Soulier D. Protocole santé à l'entrée sur la DIMEF. 2018.
25. Calvet L, Moisy M, Chardon O, Gonzalez L, Guignon N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. *Études et Résultats*. 2013 Jul;(847):6.
26. HAS. Recommandations en Santé Publique : Stratégies de prévention de la carie dentaire. 2010 Mar.
27. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'état de santé de la population en France – Rapport 2011. 2011;(5):320-321.
28. Feu E, Labeyrie C, Boucher J. Indicateurs de santé chez les collégiens et lycéens du Val-de-Marne, France, en 2005 : excès pondéral, atteinte carieuse et risque de dépression. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2007 Janv 30;(4).
29. Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône. Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de l'enfance et de la famille 2016-2020. 2016.
30. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al.. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2017.
31. Choquet M, Hassler C, Morin D. Santé des 14-20 ans de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (Secteur Public) sept ans après. *Inserm*. 2005 Oct 10.

32. Département de Paris. Étude sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris. 2003.
33. De Montaigne L, Bernard O, Da Fonseca D, Gaudart J, Richardson A, et al.. Étude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône. Archives de Pédiatrie, Elsevier. 2015.
34. Euillet S, Halifax J, Moisset P, Séverac N. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. 2016 Mar.
35. Robin P, Séverac N. Parcours de vie des enfants et des jeunes relevant du dispositif de protection de l'enfance : les paradoxes d'une biographie sous injonction. Rech Fam. 2013;(10):91-102.



SERMENT MEDICAL

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

J'informerai mes patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des connaissances pour forcer les consciences.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois déshonoré et méprisé de mes confrères si j'y manque.

DA SILVEIRA Angela - Étude sur l'accès aux soins odontologiques en milieu précaire : exemple des foyers de la DIMEF dans les Bouches-du-Rhône.

Th. : Chir. dent. : Marseille : Aix-Marseille Université : 2019

Rubrique de classement : Santé Publique

Résumé : L'accès aux soins de santé est une préoccupation nationale. Malgré un bon niveau de santé à l'échelle nationale, il existe en France ce que l'on appelle « un gradient social de santé » : moins les personnes sont diplômées, plus elles déclarent un mauvais état de santé. Les enfants et adolescents placés auprès de l'Aide Sociale à l'Enfance représentent une population d'autant plus vulnérable, qu'ils ont été dans une situation de carence éducative voire en situation de précarité. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le niveau d'accès aux soins et l'état de santé bucco-dentaire des jeunes accueillis dans les foyers de la Direction des Maisons de l'Enfance et de la Famille (DIMEF) dans les Bouches-du-Rhône. Une étude prospective transversale a été réalisée sur les individus placés au sein de la DIMEF âgés de 10 à 17 ans. Les variables individuelles, épidémiologiques, relatives à l'accès aux soins et issues de l'examen de dépistage ont été recueillies. 32 individus ont été interrogés avec un âge moyen de 14,5 ans {10 – 17}. Le taux de couverture sociale était de 78%, l'indice CAO était de 2,5 et 87,5% des participants déclaraient avoir déjà consulté un dentiste. Malgré un accès aux soins et un indice CAO plutôt correct, le nombre d'individus avec au moins une carie non soignée était élevé et 80,6% des participants nécessitaient des soins malgré un ressenti de bonne santé bucco-dentaire. Il paraît ainsi nécessaire de mettre en place des mesures de prévention bucco-dentaire et des dépistages auprès de cette population en manque d'éducation à la santé.

Mots clés : Accès aux soins de santé, Soins dentaires, Inégalités de l'accès de santé, Protection de l'enfance, Foyers collectifs, Odontologie en santé publique

DA SILVEIRA Angela - Study on access to odontological care in underprivileged communities: an example in DIMEF group homes in Bouches-du-Rhône, France.

Abstract : Access to healthcare is a matter of national importance. Despite an overall good level of health in France, there is evidence of a "social gradient of health" where people with lower means and levels of education often report poorer health. Children and teenagers placed in Child Protective Services represent a notably vulnerable population, as they tend to face educational deficiency and live in low income environments. The main objective of this study was to assess the level of access to healthcare and the oral health status of the population living in DIMEF homes in Bouches-du-Rhône, France. A prospective cross-sectional study was conducted on minors living in DIMEF homes aged 10 to 17 years, by collecting epidemiological variables regarding access to healthcare and from screening. A total of 32 individuals were interviewed, with an average age of 14.5 years {10 - 17}. They had a health insurance rate of 78%, a DMF index of 2.5 and 87.5% of them reported having consulted a dentist. Despite having access to healthcare, and an adequate DMF index, the number of individuals with at least one caries was significant and the participants had an impression of good oral health however 80.6% of them required dental care. It seems necessary to develop oral prevention and dental screening for this population lacking health education.

MeSH : Access to health care, Dental care, Health status disparity, Child welfare, Group homes, Public health dentistry

Adresse de l'auteur :
34 avenue Ollivary
13008 MARSEILLE